

**Weiterführung der HZV-Verträge durch angestellte/n
Hausärztin/Hausarzt
in Niedersachsen**



Bitte per E-Mail (praxisuebergabe@hzv.de) oder
Fax (01805 002425-601) an die HÄVG übermitteln

Stammdaten anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber (inkl. Praxisadresse)

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<input type="checkbox"/> MVZ	
<input type="checkbox"/> Herr	Titel	LANR	BSNR	HÄVG-ID (falls vorh.)
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname			Vorname	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Straße			Hausnummer	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
PLZ	Ort		Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse			Faxnummer	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

Stammdaten angestellte/r Hausärztin/Hausarzt (inkl. Praxisadresse)

<input type="checkbox"/> Herr	Titel	LANR	HÄVG-ID
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname			Vorname
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Straße			Hausnummer
<input type="text"/>			<input type="text"/>
PLZ	Ort		Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail-Adresse			Faxnummer
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Handelt es sich bei der Praxis um eine Nebenbetriebsstätte?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
BSNR (neu)			BSNR (alt/bisher)
<input type="text"/>			<input type="text"/>

