

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



**HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG**

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

**Stammdaten anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ  
(inkl. Praxisadresse)**

Einzelpraxis     Praxisgemeinschaft     Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)     MVZ

Herr

Titel

LANR

BSNR

Frau

Praxisname/ Name BAG/ MVZ

HÄVG-ID (falls vorh.)

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Faxnummer

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

Herr

Titel

LANR

HÄVG-ID

Frau

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Faxnummer

Handelt es sich bei der Praxis um eine Nebenbetriebsstätte?

Ja

Nein

BSNR (neu)

BSNR (alt/bisher)

**LANR (angestellte/r Hausärztin/Hausarzt)**

Hiermit bestätige ich (anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber), dass mein/e zuvor genannte/r angestellte/r Hausärztin/Hausarzt weiterhin an den HZV-Verträgen teilnimmt.  
Mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt ist nicht als Sicherstellungs-/Entlastungsassistent/in in meiner Praxis beschäftigt (dann keine HZV-Fortführung möglich).

An den HZV-Verträgen mit den Ersatzkassen (Barmer, DAK) und der LKK können angestellte Hausärztinnen/Hausärzte nicht teilnehmen (Ausnahme: Angestelltenverhältnis im MVZ).  
Sollte mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt an dem HZV-Vertrag mit den Ersatzkassen (Barmer, DAK) und/oder dem HZV-Vertrag mit der LKK teilnehmen, soll dieser/sollen diese beendet werden.

Das Anstellungsverhältnis gilt ab dem:  Datum (TT/MM/JJ)

**Bitte überweisen Sie das HZV-Honorar meiner/s angestellten Hausärztin/Hausarztes auf folgendes Konto:**

**Kontoinhaber/in:**

Nachname

Vorname

IBAN:

BIC:

Die neue Kontoverbindung gilt ab folgendem  
Quartal (QQ/JJJJ)

0 / 20

\*Alle Zahlungen, die das dort angegebene Quartal betreffen, werden auf die neue Bankverbindung überwiesen. Beachten Sie die zeitversetzte Auszahlung der Abschläge.

**Unterschrift anstellende/r  
Praxisinhaber/in /**

**Vertretungsberechtigte/r für das MVZ**

**Unterschrift angestellte/r  
Hausärztin/Hausarzt**

**Datum (TT.MM.JJ)**

**Stempel der Arztpraxis**