

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



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)

