Weiterführung der HZV-Verträge durch angestellte/n Hausärztin/Hausarzt
in Schleswig-Holstein

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

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

1. Stammdaten anstellende/r Praxisinhaber/in

☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis (BAG) ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft

☐ Herr ☐ Frau

Titel

LANR

HÄVG-ID (falls vorh.)

Nachname

Vorname

Praxisadresse

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

BSNR

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

2. Stammdaten angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

☐ Herr ☐ Frau

Titel

BSNR (alt)

LANR

BSNR (neu)

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Hiermit bestätige ich (anstellende/r Praxisinhaber/in), dass mein/e oben genannte/r angestellte/r Hausärztin/Hausarzt weiterhin an den HZV-Verträgen teilnimmt.
An dem HZV-Vertrag mit den Ersatzkassen (Barmer, DAK) 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) teilnehmen, soll dieser beendet werden.

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

Bitte überweisen Sie das HZV-Honorar meines/r angestellten Hausärztin/Hausarztes bitte auf folgendes Konto:

Nachname

Vorname

IBAN:

BIC:

Die neue Kontoverbindung gilt ab dem:
Datum (TT.MM.JJ)

Unterschrift Praxisinhaber/in / ärztliche/r Leiter/in MVZ

Unterschrift angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis

Stand: Oktober 2021