

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



Bitte per E-Mail (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)

