

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

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Schwerpunktteam Fallmanagement
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Bitte per **E-Mail** an hzv@hausarzteverband-wl.de

Hiermit bestätige ich (anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber),

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
<input type="checkbox"/> Herr			
<input type="checkbox"/> Frau	Titel	LANR	BSNR
	<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			
<input type="text"/>			

dass mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

<input type="checkbox"/> Herr	Titel	LANR	HÄVG-ID
<input type="checkbox"/> Frau	<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			Fax
<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"/>

