

01 80 5 00 24 25 201



Hausarzt
Zentrierte
Versorgung

HZV-Online-Key

Der HZV Online Key dient im Rahmen der gesicherten elektronischen Kommunikation zwischen Ihrer Arztpraxis und der HÄVG AG oder der MEDIVERBUND AG (nur in BW) zur eindeutigen Identifikation Ihrer Betriebsstätte.
Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden es bitte per Fax an oben angegebene Faxnummer.
Sie erhalten Ihren praxisbezogenen HZV Online Key per Post persönlich zu Ihren Händen.

Hiermit beantrage ich einen HZV Online Key.

Stammdaten Antragsteller (Praxis)																																												
☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)															BSNR (der Praxis) <table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																													
Anrede					Titel										LANR					HÄVG ID (falls vorhanden)																								
Nachname															Vorname																													
Praxisanschrift (Straße/Hausnummer)																																												
PLZ										Ort																																		

[illegible]

Ärzte in der Praxis		
Nachname	Vorname	LANR

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TTMMJJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis