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

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

**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 ☐ Frau | Titel | LANR | BSNR

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 ☐ Frau | Titel | LANR | HÄVG-ID

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)

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

**LANR (angestellte/r Hausärztin/Hausarzt)**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

**Hiermit bestätige ich (anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber), dass mein/e zuvor genannte/r angestellte/r Hausärztin/Hausarzt weiterhin an den HZV-Verträgen teilnimmt.**
**Mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt ist nicht als Sicherstellungs-/Entlastungsassistent/in in meiner Praxis beschäftigt (dann keine HZV-Fortführung möglich).**

**An den HZV-Verträgen mit den Ersatzkassen (Barmer, DAK), der LKK und der VAG Hessen 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), dem HZV-Vertrag mit der LKK und/oder dem HZV-Vertrag mit der VAG Hessen teilnehmen, soll dieser/sollen diese beendet werden.**

**Das Anstellungsverhältnis gilt ab dem:** | | | | | | | Datum (TT/MM/JJ)

**Bitte überweisen Sie das HZV-Honorar meiner/s angestellten Hausärztin/Hausarztes auf folgendes Konto:**

**Kontoinhaber/in:**

Nachname

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Vorname

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

BIC:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Die neue Kontoverbindung gilt ab folgendem Quartal (QQ/JJJJ)

| 0 | | / | 2 | 0 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|

*Alle Zahlungen, die das dort angegebene Quartal betreffen, werden auf die neue Bankverbindung überwiesen. Beachten Sie die zeitversetze Auszahlung der Abschläge.

**Unterschrift anstellende/r Praxisinhaber/in / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ**

**Datum** (TT.MM.JJ)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**Stempel der Arztpraxis**

**Unterschrift angestellte/r Hausärztin/Hausarzt**