

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



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

Stammdaten anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber (inkl. Praxisadresse)

Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) MVZ

Herr Titel LANR BSNR HÄVG-ID (falls vorh.)
 Frau

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)

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 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 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 zeitversetzte Auszahlung der Abschläge.

Unterschrift anstellende/r

Praxisinhaber/in /

ärztliche/r Leiterin/Leiter MVZ

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

Datum (TT.MM.JJ)

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

Stempel der Arztpraxis

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

Unterschrift angestellte/r

Hausärztin/Hausarzt

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