

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



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  
 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)

**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)

 / 

\*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 /**

**Vertretungsberechtigte/r für das MVZ**

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

**Stempel der Arztpraxis**

**Unterschrift angestellte/r  
Hausärztin/Hausarzt**