

**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@hausaezterverband-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	<input type="checkbox"/> BSNR	<input type="checkbox"/> HÄVG-ID (fls. vorh.)
Titel	LANR	Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>			

Privatadresse

Straße	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	Mobilfunk
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	
<input type="text"/>	

dass mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> BSNR	<input type="checkbox"/> HÄVG-ID
Titel	LANR	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nachname		Hausnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße	PLZ	Ort	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse			
<input type="text"/>			

