

**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@hausarztverband-wl.de](mailto:hzv@hausarztverband-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	Titel	LANR	BSNR	HÄVG-ID (fls. vorh.)
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname			Vorname	
<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	Titel	LANR	HÄVG-ID
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname		Vorname	
<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"/>			

