

**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	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"/>			

