

**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@haev-wl.de](mailto:hzv@haev-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	<b>Titel</b>	<b>LANR</b>	<b>BSNR</b>	<b>HÄVG-ID (fls. vorh.)</b>
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nachname</b>			<b>Vorname</b>	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<b>Straße</b>			<b>Hausnummer</b>	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>	<b>Telefonnummer</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>E-Mail-Adresse</b>				
<input type="text"/>				

**Privatadresse**

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

**dass mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt**

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

