

Weiterführung der HZV-Verträge durch angestellte/n Arzt/Ärztin

Bzgl. der Verträge zur hausarztzentrierten
Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V



Bis spätestens zum **20. Tag** des **1. Monats** im Quartal vor Änderung
an Fax: **089 1273927 99** oder per Mail an **praxisberatung@bhaev.de** senden

Hiermit bestätige ich (anstellende/r Arzt/Ärztin),

Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) MVZ Praxisgemeinschaft

Herr Frau Titel LANR BSNR HÄVG-ID (falls vorh.)

Nachname Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

dass der/die bei mir angestellte Arzt/Ärztin

Herr Frau Titel LANR BSNR (neu) HÄVG-ID

BSNR (alt/bisher)

Nachname Vorname

weiterhin an den folgenden HZV-Verträgen teilnimmt:

AOK Bayern Ersatzkassen (ohne TK) IKK classic Bahn BKK
 BKK/ Bosch BKK TK SVLFG / LKK

Die Rechte und Verpflichtungen, die sich aus der Teilnahme des/r angestellten Arztes/Ärztin an den bestätigten HZV-Verträgen ergeben, erkenne ich an.

Mein/e angestellte/r Arzt/Ärztin ist nicht als Sicherstellungsassistent in meiner Praxis beschäftigt (dann keine HZV-Fortführung).

Das Anstellungsverhältnis gilt ab dem: _____ Datum (TT.MM.JJ)

Bitte überweisen Sie das HZV-Honorar meines/r angestellten Arztes/Ärztin auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/In:

Nachname Vorname

IBAN: BIC:

Die neue Kontoverbindung gilt ab dem: _____ Datum (TT.MM.JJ)

**Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin /
Ärztliche/r Leiter/In MVZ**

**Unterschrift angestellte/r
Arzt/Ärztin**

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJ)