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

per Mail an **praxisberatung@bhaev.de** oder an Fax: **089 1273927 99** senden

Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband

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) BSNR (alt/bisher)	HÄVG-ID

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

Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin / Ärztliche/r Leiter/In MVZ	**Unterschrift angestellte/r Arzt/Ärztin**	**Stempel der Arztpraxis**

Datum (TT.MM.JJ)