

Mitteilung der Praxisstruktur

zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Um Ihre Daten zur Teilnahme an den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) korrekt zu hinterlegen, sind wir darauf angewiesen, dass Sie uns über Ihre Praxisstruktur informieren bzw. Änderungen hieran immer unverzüglich mitteilen. Daher bitten wir Sie, dieses Formular vollständig ausgefüllt an die folgende E-Mail-Adresse zu senden: hvz@hausaezrteverband-wl.de

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen dieses Formulars folgende Punkte:

- Füllen Sie je Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR) ein Formular aus
- Geben Sie auf dem Formular alle existierenden Nebenbetriebsstätten an
- Geben Sie je Betriebsstätte an, um welche Praxisart es sich jeweils handelt
- Geben Sie alle hausärztlich tätigen Ärzte an, die in einer der genannten Betriebsstätten tätig sind
- Setzen Sie bei angestellten Ärzten das Kreuz unter „angestellte/r Arzt/Ärztin“
- Geben Sie durch Setzen der entsprechenden Kreuze je Arzt an, in welchen der gemeldeten Betriebsstätten dieser tätig ist und ab welchem Datum die Tätigkeit besteht
- Für die Meldung einer VERAH reichen Sie bitte das ausgefüllte Formular „[Meldeformular VERAH](#)“ ein

Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR)	
<input type="text"/>	Gültig ab: <input type="text"/>
Praxisname	
<input type="text"/>	
Praxisart HBSNR	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (BAG) <input type="checkbox"/> Überörtliche Gemeinschaftspraxis (ÜBAG) <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	
Name Vertretungsberechtigte/r	
<input type="text"/>	
Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertretungsberechtigten (falls vorhanden)	
<input type="text"/>	
Praxisanschrift HBSNR	
Straße & Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Faxnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	
<input type="text"/>	
Telefon Praxismanager/in	
<input type="text"/>	
Nebenbetriebsstätte 1 (NBSNR 1) sofern vorhanden	
<input type="text"/>	Gültig ab: <input type="text"/>
Praxisname	
<input type="text"/>	
Praxisart NBSNR 1	
<input type="checkbox"/> Zweigpraxis <input type="checkbox"/> Versorgerzweigpraxis <input type="checkbox"/> Überörtliche Gemeinschaftspraxis (ÜBAG) <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft (PG)	
Bei abweichender KV-Region zur HBSNR bitte andere Region einfügen	
<input type="text"/>	
Praxisanschrift NBSNR 1	
Straße & Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Faxnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Nebenbetriebsstätte 2 (NBSNR 2) sofern vorhanden	
<input type="text"/>	Gültig ab: <input type="text"/>
Praxisname	
<input type="text"/>	
Praxisart NBSNR 2	
<input type="checkbox"/> Zweigpraxis <input type="checkbox"/> Versorgerzweigpraxis <input type="checkbox"/> Überörtliche Gemeinschaftspraxis (ÜBAG) <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft (PG)	
Bei abweichender KV-Region zur HBSNR bitte andere Region einfügen	<input type="text"/>
Praxisanschrift NBSNR 2:	
Straße & Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Faxnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nebenbetriebsstätte 3 (NBSNR 3) sofern vorhanden	
<input type="text"/>	Gültig ab: <input type="text"/>
Praxisname	
<input type="text"/>	
Praxisart NBSNR 3	
<input type="checkbox"/> Zweigpraxis <input type="checkbox"/> Versorgerzweigpraxis <input type="checkbox"/> Überörtliche Gemeinschaftspraxis (ÜBAG) <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft (PG)	
Bei abweichender KV-Region zur HBSNR bitte andere Region einfügen	<input type="text"/>
Praxisanschrift NBSNR 3:	
Straße & Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Faxnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nebenbetriebsstätte 4 (NBSNR 4) sofern vorhanden	
<input type="text"/>	Gültig ab: <input type="text"/>
Praxisname	
<input type="text"/>	
Praxisart NBSNR 4	
<input type="checkbox"/> Zweigpraxis <input type="checkbox"/> Versorgerzweigpraxis <input type="checkbox"/> Überörtliche Gemeinschaftspraxis (ÜBAG) <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft (PG)	
Bei abweichender KV-Region zur HBSNR bitte andere Region einfügen	<input type="text"/>
Praxisanschrift NBSNR 4:	
Straße & Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Faxnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mitteilung der Praxisstruktur

zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V



HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Lebenslange Arztnummer (LANR) 7stellig + 2stellige Fachgruppe (FG)	angestellte/r Arzt/Ärztin	HBSNR	NBSNR 1	NBSNR 2	NBSNR 3	NBSNR 4
LANR <input type="text"/> Titel <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In HBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
	In NBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
LANR <input type="text"/> Titel <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In HBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
	In NBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
LANR <input type="text"/> Titel <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In HBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
	In NBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
LANR <input type="text"/> Titel <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In HBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
	In NBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
LANR <input type="text"/> Titel <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In HBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
	In NBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
LANR <input type="text"/> Titel <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In HBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
	In NBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
LANR <input type="text"/> Titel <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Nachname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In HBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				
	In NBSNR tätig seit:	<input type="text"/>				