

Selbstauskunft zur Teilnahme am Versorgungsmodul für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen

HAUSARZT

Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.



Hausärzteverband
Baden-Württemberg



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes
derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) 01805- 00 24 25 502
(EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)
oder per E-Mail an: bawue-vdm@haevg-rz.de

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Titel

Nachname

Vorname

Hiermit bestätige ich die Betreuung von HZV-Versicherten durch mich
und/ oder durch einen anderen Kollegen aus der/dem BAG/MVZ (bitte unten angeben)

Name: _____ Vorname: _____ BSNR: _____ LANR: _____

in den Altenpflege- und/ oder Behinderteneinrichtungen mit folgenden IK-Nummern:

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

IK-Nr. Altenpflege- / Behinderteneinrichtung

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ