

**Meldung HZV Online Key**

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten  
Versorgung in Baden-Württemberg  
gemäß § 73 b SGB V

**HzV  
Online Key****HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG**

Per Fax an die HÄVG Rechenzentrum GmbH als Dienstleistungsgesellschaft für den Hausärzterverband e.V.  
0711 - 21747 699 oder per E-Mail an: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

**Stammdaten** Einzelpraxis MVZ Praxisgemeinschaft BAG ÜBAG Herr  Frau

Titel

LANR

BSNR

BSNR gültig ab

HÄVG ID (falls vorhanden)

Nachname

Vorname

Straße (Praxisanschrift)

Hausnummer

PLZ

Ort

**Zusatz**

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail Adresse

Hiermit bestätige ich, dass ich den HZV Online Key, welcher mir von der HÄVG Rechenzentrum GmbH zur Verfügung gestellt wurde, bei mir in der Praxis gemäß Anleitung installiert und in Betrieb genommen habe.

**Unterschrift Vertragsarzt/ärztin**

(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen  
Vertreters erforderlich.)

**Datum (TT.MM.JJJJ)****Stempel der Arztpraxis**