

Meldeformular Praxisänderung - Praxiserweiterung

zu den Verträgen 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

Praxis-Stammdaten

Einzelpraxis MVZ Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Herr Frau

Titel

LANR

BSNR

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Praxiserweiterung zum

(TT.MM.JJ)

Form der Erweiterung

- BAG-Partner Partner in überörtlicher BAG MVZ-Gesellschafter Filialpraxis
 Anstellung, Art der Anstellung: _____
 ggf. Änderung BSNR: _____

Daten eintretende/r Arzt/Ärztin

Herr Frau

Titel

LANR

Nachname

Vorname

E-Mail-Adresse

Ggf. bisheriger Tätigkeitsort

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Ggf. BSNR

Faxnummer

Der neue Arzt ist bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband?

Ja Nein

Der neue Arzt nimmt bereits an der HZV teil?

Ja Nein

Bitte beachten Sie:

Bei einer Erweiterung um einen BAG-Partner oder MVZ-Gesellschafter besteht grundsätzlich die Vertragspflicht, dass auch dieser an den HZV-Verträgen teilnehmen **muss**.

Unterschrift Vertragsarzt/-ärztin /
ärztlicher Leiter/In MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJ)