

# Meldeformular Praxisänderung - Tod des Arztes



zu den Verträgen zur hausarztzentrierten  
Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V

Per Fax an den Bayerischen Hausärzteverband unter 089 1273927 99; per Mail an  
praxisberatung@bhaev.de oder an die HÄVG RZ GmbH in Köln unter **01805 002425419**

## Gemeldete Stammdaten des verstorbenen Arztes

Einzelpraxis       MVZ       Praxisgemeinschaft       Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Herr    Frau      Titel      LANR      BSNR      HÄVG-ID

Nachname      Vorname

Straße      Hausnummer

PLZ      Ort

**Todestag**  (TT.MM.JJ) (Kopie der Sterbeurkunde bitte beifügen)

## Witwenquartal (Genehmigungsbescheid der KVB)

beantragt    genehmigt (Genehmigungsbescheid der KVB bitte in Kopie beifügen)  
gültig bis:

Nein, es wird kein Witwenquartal geben

## Ansprechpartner für Rückfragen

Nachname      Vorname

Straße      Hausnummer

PLZ      Ort      Telefonnummer

## Die Praxis wird weitergeführt:

ja (untenstehende Daten bitte ausfüllen)    nein, Praxis wird ohne Nachfolger geschlossen

Datum der Schließung:

## Stammdaten Nachfolger (sofern vorhanden)

Herr    Frau      Titel      LANR      BSNR

Nachname      Vorname

Straße      Hausnummer

PLZ      Ort      Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail-Adresse

## Unterschrift Rechtsnachfolger / Praxispartner

Datum (TT.MM.JJ)

## Stempel der Arztpraxis