

Meldeformular Praxisänderung - Tod des/r Arztes/Ärztin

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

Gemeldete Stammdaten des/r verstorbenen Arztes/Ärztin

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/In 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/In (sofern vorhanden)

Herr Frau Titel LANR BSNR

Nachname Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Faxnummer

E-Mail-Adresse

Unterschrift Rechtsnachfolger/In / Praxispartner/In

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJ)