

Meldeformular Praxisänderung – Praxissitzverlegung

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 Praxisname

Von Praxissitzverlegung betroffene Ärzte/Ärztinnen

Nachname Vorname

LANR HÄVG-ID

Nachname Vorname

LANR HÄVG-ID

Nachname Vorname

LANR HÄVG-ID

Praxissitzverlegung zum

Datum (TT.MM.JJ)

Stammdatenänderung

Einzelpraxis MVZ Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

BSNR NBSNR (falls zutreffend)

Straße Hausnummer

Telefonnummer

PLZ Ort

E-Mail-Adresse

Distanz zwischen Standort neuer Praxis und Standort alter Praxis (in km)

km

Wird die hausärztliche Versorgung Ihrer HZV-Patienten/Innen weiterhin auch am neuen Praxisstandort durch Sie sichergestellt?

ja nein

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis