

Meldeformular Praxisänderung - Praxiserweiterung zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V		 Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband	
Bis spätestens zum 20. Tag des 1. Monats im Quartal vor Änderung per Mail an praxisberatung@bhaev.de oder an Fax: 089 1273927 99 senden			
Praxis-Stammdaten			
☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)			
☐ Herr ☐ Frau	Titel	LANR	BSNR
HÄVG-ID			
Nachname		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ		Ort	
Praxiserweiterung zum			
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)			