

**Meldeformular Praxisänderung - Tod des/r Arztes/Ärztin**

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

**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)