

Meldeformular Praxisänderung - Praxiserweiterungzu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB VBayerischer
Hausärztinnen- und
HausärzteverbandBis 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 (TT.MM.JJ)**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)

--