

Meldeformular Praxisänderung – Praxissitzverlegungzu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB VBayerischer
Hausärztinnen- und
HausärzterverbandBis 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 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 Faxnummer

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****Stempel der Arztpraxis**

Datum (TT.MM.JJ)