

Meldeformular Praxisänderung - Praxissitzverlegung

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V



Per **Fax** bis spätestens zum **25. Tag** des **1. Monats** im Quartal
vor der Praxissitzverlegung an den Bayerischen Hausärzteverband unter **089 1273927 99**
oder per Mail an **praxisberatung@bhaev.de**

Praxis-Stammdaten

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel	LANR	BSNR	HÄVG-ID
Nachname		Vorname		
Straße		Hausnummer		
PLZ	Ort	Praxisname		

Von Praxissitzverlegung betroffene Ärzte

Nachname	Vorname
LANR	HÄVG-ID
Nachname	Vorname
LANR	HÄVG-ID
Nachname	Vorname
LANR	HÄVG-ID

Praxissitzverlegung zum

Datum (TT.MM.JJ)

Stammdatenänderung

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
BSNR	NBSNR (falls zutreffend)	Hausnummer	Telefonnummer
Straße		E-Mail-Adresse	
PLZ	Ort		

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

km

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

ja nein

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis