Meldeformular Praxisänderung - Praxiserweiterung

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

Per **Fax** rechtzeitig **vor** Eintritt der Änderung an den Bayerischen Hausärzteverband unter **089 1273927 99** oder per Mail an **praxisberatung@bhaev.de**

BAYERISCHER HAUSÄRZTE VERBAND
Mitglied im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND

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 eintretender Arzt

☐ 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 schicken Sie mir Informationsmaterial zu

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 / ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis