

# 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