

Meldeformular Praxisumzug / Arztumzugzu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Baden-Württemberg
gemäß § 73 b SGB**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG****Per Fax an die HÄVG unter: 01805 – 00 24 25 427****Gemeldete Stammdaten des umziehenden Arztes der Praxis (für jeden Arzt ein gesondertes Formular verwenden)**

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (BAG)
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel		LANR
			BSNR
			HÄVG-ID

Nachname	Vorname

Straße	Hausnummer

PLZ	Ort:

Neue Kontaktdaten

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (BAG)
---------------------------------------	------------------------------	---	--

Alte Betriebsstättennummer bleibt <input type="checkbox"/>	Neue Betriebsstättennummer	BSNR gültig ab

Straße	Adresse gültig ab

PLZ	Ort:

Telefonnummer	Faxnummer

Bankverbindung

Kontoinhaber	Gültig ab
IBAN	BIC

Dermatoskop <input type="checkbox"/> verbleibt in der alten Praxis <input type="checkbox"/> geht mit in die neue Praxis <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

VERAH <input type="checkbox"/> keine VERAH vorhanden

<input type="checkbox"/> geht nicht mit	<input type="checkbox"/> zieht mit um	Arbeitszeit beträgt	<input type="checkbox"/> 1,00 Stelle	<input type="checkbox"/> 0,75 Stelle	<input type="checkbox"/> 0,50 Stelle
---	---------------------------------------	---------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Nachname	Vorname	
Geburtsname	Geb.-Datum	MFA-ID

**Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher
Leiter MVZ****Datum (TT.MM.JJJJ)**

--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis