

**Meldeformular für Änderungen:  
Adresse/ Stammdaten/ Bankverbindung**

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten  
Versorgung in Baden-Württemberg  
gemäß § 73 b SGB V

Per Fax an die HÄVG unter: 0711 – 21747 699 oder per E-Mail an: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

**Aktuelle Stammdaten Arzt/ Praxis (für jede Person ein gesondertes Formular verwenden)**

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> BAG	<input type="checkbox"/> ÜBAG
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel	LANR	BSNR	HÄVG ID
Nachname		Vorname		
Straße				Hausnr.
PLZ	Ort			

**Neue Kontaktdaten gültig ab:**

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> BAG	<input type="checkbox"/> ÜBAG
<input type="checkbox"/> Alte BSNR bleibt	Neue BSNR			
Straße				Hausnr.
PLZ	Ort:			
Telefonnummer	Faxnummer			

**Neue Bankverbindung gültig ab:**

Kontoinhaber				
IBAN			BIC	

**Dermatoskop**  verbleibt in der alten Praxis  geht mit in die neue Praxis  nicht vorhanden

**VERAH**  keine VERAH vorhanden

geht nicht mit  zieht mit um **Arbeitszeit beträgt**  1,00 Stelle  0,75 Stelle  0,50 Stelle

Nachname		Vorname		
Geburtsname		Geb.-Datum	MFA-ID	

**Unterschrift Vertragsarzt/ärztin**  
(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen  
Vertreters erforderlich.)

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

**Stempel der Arztpraxis**