

**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