Formular Praxiswechsel
Betriebsstätten-Nummernwechsel
Per Fax an: 01805 - 55 88 33 422

Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG

Name, Vorname des Arztes/der Ärztin

Wichtige Hinweise:
Um eine einwandfreie Abrechnung Ihrer Leistungen zu gewährleisten, benötigt die HÄVG bei einem Wechsel der **Betriebsstätte bzw. Betriebsstättennummer (BSNR)** zwingend nachfolgende Angaben.

Bitte teilen Sie uns auch zukünftige Änderungen Ihrer BSNR/NBSNR unverzüglich mit.

Zeile			
1	**Grund für die Änderung**	☐ **Bei Praxisübernahme:** Praxisvorgänger/in ist ☐ in Ruhestand ☐ verstorben ☐ verzogen ☐ nicht mehr kassenärztlich tätig ☐ **Ein- bzw. Austritt eines Arztes innerhalb der Praxis** ☐ **Praxisvorgänger/in ist bei mir/uns angestellt** ☐ **Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft** ☐ **Praxisumzug** ☐ **Gründung einer Praxisgemeinschaft** ☐ **Gründung eines MVZ**	
		Bisherige Praxisdaten	**Neue Praxisdaten**
2	**BSNR**		Gültig ab: . .
2a	**Neben-BSNR**		Gültig ab: . .
3	**Lebenslange Arztnummer (LANR)**	FG	FG
4	**Praxisart**	☐ Einzelpraxis ☐ Berufausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ ☐ Klinik	☐ Einzelpraxis ☐ Berufausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ ☐ Klinik
5	**Praxispartner** (einschließlich oben stehendem Arzt)	**Name, Vorname, Betriebsstätten-Nummer**	**Name, Vorname, Betriebsstätten-Nummer**
6	**Adresse**		**wenn anders als nebenstehend**
7	**Bankverbindung**	BLZ Konto Kreditinstitut Kontoinhaber	BLZ Konto Kreditinstitut Kontoinhaber
8	**Bemerkungen**		
9	**Diese Änderungen sind gültig ab:**	. .	**Stempel der Arztpraxis**
10	**Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit vorstehender Angaben** Datum, Ort, Unterschrift (und unterschriftsberechtigter Arzt/Ärztin bei MVZ)		

Stand 24.09.2009-ha