

**Formular Praxiswechsel
Betriebsstätten-Nummernwechsel
Per Fax an: 01805 - 00 24 25 422**



Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft e.G.

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	<input type="checkbox"/> Bei Praxisübernahme : Praxisvorgänger/in ist	<input type="checkbox"/> in Ruhestand	<input type="checkbox"/> verstorben	<input type="checkbox"/> verzogen	<input type="checkbox"/> nicht mehr kassenärztlich tätig	
		<input type="checkbox"/> Ein- bzw. Austritt eines Arztes innerhalb der Praxis	<input type="checkbox"/> Praxisvorgänger/in ist bei mir/uns angestellt				
		<input type="checkbox"/> Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Praxisumzug				
		<input type="checkbox"/> Gründung einer Praxisgemeinschaft					
		<input type="checkbox"/> Gründung eines MVZ					

		Bisherige Praxisdaten	Neue Praxisdaten
--	--	-----------------------	------------------

2	BSNR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gültig ab:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	------	----------------------	----------------------	------------	----------------------	----------------------	----------------------

2a	Neben-BSNR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gültig ab:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	------------	----------------------	----------------------	------------	----------------------	----------------------	----------------------

3	Lebenslange Arzt Nummer (LANR)	<input type="text"/>	FG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	--------------------------------------	----------------------	----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4	Praxisart	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
		<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
		<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft
		<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> MVZ
		<input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Klinik

5	Praxispartner (einschließlich oben stehendem Arzt)	Name, Vorname, Betriebsstätten-Nummer	Name, Vorname, Betriebsstätten-Nummer
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

6	Adresse	<input type="text"/>	wenn anders als nebenstehend
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

7	Bankverbindung	BLZ	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>
		Konto	<input type="text"/>	Konto	<input type="text"/>
		Kreditinstitut	<input type="text"/>	Kreditinstitut	<input type="text"/>
		Kontoinhaber	<input type="text"/>	Kontoinhaber	<input type="text"/>
			<input type="text"/>		<input type="text"/>

8	Bemerkungen	<input type="text"/>
---	-------------	----------------------

9	Diese Änderungen sind gültig ab:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

10	Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit vorstehender Angaben	Stempel der Arztpraxis
----	-------------------------------------------------------------------------	------------------------

	Datum, Ort, Unterschrift (<u>und</u> unterschriftsberechtigter Arzt/Ärztin bei MVZ)	<input type="text"/>
--	--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------