

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



Hausärztinnen- und  
Hausärzteverband  
Baden-Württemberg



HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG

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@haevbw.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				

<b>Dermatoskop</b> <input type="checkbox"/> verbleibt in der alten Praxis <input type="checkbox"/> geht mit in die neue Praxis <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>VERAH</b> <input type="checkbox"/> keine VERAH vorhanden
<input type="checkbox"/> geht nicht mit <input type="checkbox"/> zieht mit um <b>Arbeitszeit beträgt</b> <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/ärztin**  
(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

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

**Stempel der Arztpraxis**