Die **Anmeldung** erbitten wir per E-Mail an
fortbildung@bhaev.de

Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Hiermit melde ich meine/n Mitarbeiter/-in verbindlich für die Zusatzqualifikation BEAH an:

BEAH München 2026 ☐

Telefon/E-Mail

Vorname/Nachname der/des Teilnehmers/In **LANR des Praxisinhabers/In**

Lastschrift-Einzelmandat

HSW-GmbH, Orleansstr. 6, 81669 München
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000646911
Mandatsreferenznummer: Zusatzqualifikation BEAH München 2026

☐ Praxisinhaber/-In ist **Mitglied**
☐ Praxisinhaber/-In ist **Nichtmitglied**

Ich ermächtige die HSW GmbH, einmalig eine Zahlung von 700,00 € bzw. 1.300,00 € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HSW-GmbH auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Titel, Vorname und Name des/der Kontoinhabers/-In

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut/Name **BIC**

IBAN

Die HSW GmbH erhebt und verarbeitet Ihre Daten zum Zweck der Organisation und Durchführung der Fortbildung sowie der Zusendung von Informationen und Angeboten. Die Datenerhebung und -verarbeitung ist für die Durchführung des Vertrags erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Wenn ich keine Zusendung von Veranstaltungshinweisen der HSW GmbH mehr erhalten möchte, kann ich diese per E-Mail an fortbildung@bhaev.de oder per Fax an 089/127 39 27 99 abbestellen. Eine ausführliche Datenschutzunterrichtung finde ich unter www.hausaerzte-bayern.de.
Ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. Daten an den Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V., Orleansstr. 6, 81669 München, den Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V., die Wirtschaftsgesellschaft im Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V., das IHF - Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. und die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (jeweils Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln) weitergeleitet werden, damit ich über entsprechende Informationen und Angebote – auch per E-Mail – informiert werden kann. Der Zusendung solcher Informationen und Angebote kann ich jederzeit widersprechen und die übersandten Informationen jederzeit (per Fax, Brief oder E-Mail) gegenüber den genannten Institutionen abbestellen.
Die oben stehenden Hinweise und die Teilnahmebedingungen für Fortbildungen der HSW GmbH unter www. hausaerzte-bayern.de habe ich gelesen und erkenne diese hiermit an.

Datum **Stempel/Unterschrift des/der Kontoinhabers/-In**

Bitte zusammen mit der Anmeldung an folgende E-Mail-Adresse:
fortbildung@bhaev.de

Teilnahmevoraussetzungen:

Bitte ausgefüllt e-mailen zusammen mit Ihren Teilnahmebestätigungen!

BEAH München 2026 ☐

Telefon/E-Mail

Vorname/Nachname der/des Teilnehmers/In **Praxis**

Über wie viele Jahre Berufserfahrung (nach abgeschlossener Ausbildung) verfügen Sie?

Wann wurde HZV in Ihrer Praxis eingeführt?

An welchen Verträgen nimmt Ihre Praxis teil?

Seit wann rechnen Sie HzV in der Praxis ab? (Angabe Monat u. Jahreszahl)

Wann war Ihre letzte HZV-Abrechnungsschulung, bzw. Teilnahme an einem HZV-Online-Seminar"? (Angabe Monat und Jahreszahl)

Seit wann rechnen Sie EBM ab? (Angabe der Jahreszahl genügt)

Haben Sie bereits ein EBM Abrechnungsseminar besucht?

Wenn ja, wann? (Angabe der Jahreszahl genügt)

Seit wann rechnen Sie nach der GOÄ ab?
(Angabe der Jahreszahl genügt)

Sind Sie angestellt in einer

Praxisgemeinschaft ☐
Gemeinschaftspraxis ☐
Einzelpraxis ☐
MVZ ☐

Bitte Zutreffendes ankreuzen und zusammen mit der Anmeldung und den Teilnahmebedingungen zurückschicken!