

# Meldeformular Praxisübernahme Bestätigung Nachfolger

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung  
in Schleswig-Holstein gemäß §73 b SGB V



**HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG**

**Per Fax bis spätestens zum 10. Tag des 1. Monats  
im Quartal VOR Praxisübernahme an die HÄVG  
unter: 01805 – 00 24 25 505**

**Bitte senden Sie zusätzlich unbedingt die ausgefüllte  
Teilnahmeerklärung Hausarzt für den AOK-HZV-Vertrag an  
die angegebene Faxnummer!**

## Persönliche Stammdaten Arzt

Einzelpraxis		MVZ		Praxisgemeinschaft		Gemeinschaftspraxis (BAG)			
Herr	Frau	Titel		LANR		BSNR		HÄVG-ID	
Nachname					Vorname				
Straße					Hausnummer				
PLZ			Ort						

## Praxisübernahme zum

Hinweis: Rückwirkende Praxisübernahmen sind nicht möglich.

**Ich möchte zum genannten Datum die Betreuung der AOK-HZV-Patienten meines Vorgängers übernehmen. Ich beantrage eine automatische technische Übertragung aller HZV-Patienten der AOK NordWest auf mich als neuen Betreuer, soweit diese der Fortsetzung der Betreuung durch mich nicht widersprechen.**

Die Fortsetzung der Betreuung von HZV-Patienten im Rahmen der HZV ist zurzeit nur bei der AOK NordWest ohne erneute Einschreibung möglich. HZV-Patienten aller anderen Krankenkassen müssen neu in die HZV eingeschrieben werden und müssen ab dem Zeitpunkt der Praxisübernahme im Rahmen des Regel-KV-Systems versorgt werden.

Allen HZV-Patienten steht das Recht zu, einer Fortsetzung der Betreuung im Rahmen der HZV **innerhalb von 2 Wochen zu widersprechen** oder durch Arztwechsel bei einem anderen Hausarzt in die HZV eingeschrieben zu werden.

Mit der Praxisübernahme und der Fortsetzung der Betreuung der HZV-Patienten verpflichtet sich der an der HZV teilnehmende Hausarzt zum genannten Datum **eine Betreuung im Rahmen des AOK-HZV-Vertrages** vollumfänglich sicher zu stellen.

Mit diesem Formular kann ausschließlich ein Antrag auf eine geregelte Praxisübernahme, mit dem Ziel der lückenlosen Versorgung der an der HZV teilnehmenden Patienten, gestellt werden. Ein Anspruch auf eine Patientenübernahme durch die Teilnahme am AOK-HZV-Vertrag besteht nicht.

## Stammdaten Praxisvorgänger

Herr	Frau	Titel		LANR		BSNR		HÄVG-ID	
Nachname					Vorname				
Straße					Hausnummer				
PLZ			Ort						

*Für Fragen rund um die Praxisübernahme steht Ihnen der Kundenservice der HÄVG  
Rechenzentrum GmbH unter 02203 / 5756 1111 zur Verfügung!*

## Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend

----------------------

Datum (TT.MM.JJJJ)

## Stempel der Arztpraxis

----------------------