Meldeformular Praxisaufgabe

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

Per Fax an die HÄVG unter: 01805 – 00 24 25 505

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Gemeldete Stammdaten Arzt

☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ Gemeinschaftspraxis (BAG)

☐ Herr ☐ Frau | Titel | LANR | BSNR | HÄVG-ID

Nachname | Vorname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort:

Ich kündige meine Teilnahme an allen HZV-Verträgen zum ☐☐☐☐☐☐☐☐ **wegen:**

☐ Ruhestand ☐ Anstellung ☐ Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit ☐ Wechsel zum Facharzt

☐ Sonstiges: _____

☐ Ich habe noch keinen Nachfolger gefunden, werde mich aber weiterhin um eine Nachfolge bemühen.

☐ Ich habe keinen Nachfolger gefunden. Bitte meine Teilnahme an den HZV-Verträgen ohne geregelte Praxisübernahme bzgl. meiner bisherigen HZV-Patienten beenden.

☐ Ich habe einen Nachfolger gefunden, der die Betreuung meiner HZV-Patienten fortsetzen möchte.

Die Fortsetzung der Betreuung von HZV-Patienten ist zurzeit nur bei der **AOK NordWest** ohne erneute Einschreibung möglich. Die **AOK NordWest informiert** in diesem Fall **Ihre Patienten mind. 2 Monate vor Praxisübergabe** über die Übernahme der Versorgung in der HZV durch Ihren Nachfolger. Sofern Ihre Patienten innerhalb einer Frist von 14 Tagen nicht widersprechen, wird die Betreuung durch Ihren Nachfolger fortgesetzt.
Patienten aller anderen Krankenkassen, mit denen HZV-Verträge bestehen, müssen durch Ihre/n Nachfolger/in neu in die HZV eingeschrieben werden.

Stammdaten Nachfolger (sofern bereits bekannt und dieser mit Patientenübernahme einverstanden)

☐ Herr ☐ Frau | Titel | LANR | BSNR (falls vorhanden)

Nachname | Vorname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort | Telefonnummer

Wir werden uns mit Ihrem Praxisnachfolger bzgl. seiner HZV-Teilnahme und Patientenübernahme in Verbindung setzen.

Faxnummer

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stand April 2019