

Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Praxisübergabe/-übernahme

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



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

**Bitte per E-Mail (praxisuebergabe@hzv.de) oder
Fax (01805 002425-601) an die HÄVG übermitteln.**

1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis (BAG) MVZ Praxisgemeinschaft

Herr Frau Titel LANR HÄVG-ID

Nachname Vorname

Praxisadresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort:

Telefonnummer Faxnummer

E-Mail BSNR

2. Kündigung

Ich kündige meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum Datum (TT.MM.JJJJ)

alle HZV-Verträge oder

AOK* EK (Barmer, DAK) TK, HEK, KKH, hkk* PHV AXA/Gothaer
 IKK classic* GWQ Hausarzt+* spectrumK*

* Die Teilnahme angestellter Hausärztinnen/Hausärzte ist an diesen HZV-Verträgen möglich.

3. Grund der Kündigung

Ruhestand Anstellung Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)

Sonstiges: _____

4. Angaben zur/zum Nachfolgerin/Nachfolgerin

Ich habe **keine/keinen Nachfolgerin/Nachfolger** gefunden. Bitte meine Teilnahme an den oben ausgewählten HZV-Verträgen beenden. **(Hinweis: Falls zutreffend, sind die Felder 5 und 6 nicht zu befüllen.)**

Ich habe **eine/einen Nachfolgerin/Nachfolger** gefunden, die/der die Betreuung meiner HZV-Patienten fortsetzen möchte. **(Hinweis: Falls zutreffend, sind auch die Felder 5 und 6 zu befüllen.)**

Die nahtlose Fortsetzung der Betreuung Ihrer HZV-Patienten durch Ihre/Ihren Nachfolgerin/Nachfolger im Rahmen einer so genannten Geregeltten Praxisübernahme (GPÜ) ist derzeit bei dem HZV-Vertrag mit der

AOK Nordwest

ohne erneute Einschreibung der Patienten möglich. Für eine automatische Übernahme der HZV-Patienten auf Ihre/Ihren Nachfolgerin/Nachfolger muss dieses Formular zu folgenden Fristen an die HÄVG gesendet werden:

10.01. → Patientenübernahme ab 2. Quartal

10.04. → Patientenübernahme ab 3. Quartal

10.07. → Patientenübernahme ab 4. Quartal

10.10. → Patientenübernahme ab 1. Quartal

HZV-Patienten aller anderen Krankenkassen können durch Ihre/Ihren Nachfolgerin/Nachfolger neu in die HZV eingeschrieben bzw. ggf. umgeschrieben werden. Hier gelten die vertraglichen Fristen für die Patienteneinschreibung bzw. -umschreibung:

01.02. → Beginn Teilnahme 2. Quartal

01.05. → Beginn Teilnahme 3. Quartal

01.08. → Beginn Teilnahme 4. Quartal

01.11. → Beginn Teilnahme 1. Quartal

5. Stammdaten Nachfolgerin/Nachfolger (auszufüllen und zu unterschreiben von Nachfolgerin/Nachfolger)

Herr Frau

Titel

LANR

HÄVG-ID (falls vorhanden)

Nachname

Vorname

Privatadresse

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail

Praxisadresse (ab dem Zeitpunkt der Praxisübernahme)

Praxisname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

(Neue) BSNR (falls vorhanden)

Ich möchte alle mit der Praxisübernahme in Verbindung stehenden Unterlagen und Informationen an meine

Privatadresse oder Praxisadresse gesendet bekommen.

6. Angaben zur Praxisübernahme (auszufüllen und zu unterschreiben von Nachfolgerin/Nachfolger)

Übernahme der HZV-Patienten zum: Datum (TT.MM.JJJJ)

(Hinweis: Patientenübernahmen sind nicht rückwirkend und nur zu Quartalsbeginn möglich.)

Ich möchte zum genannten Datum die Betreuung der HZV-Patienten folgender HZV-Verträge meiner/meines Vorgängerin/Vorgängers übernehmen und beantrage eine automatische technische Übertragung der in diese HZV-Verträge eingeschriebenen Patienten auf mich als neue/neuen Betreuärztin/Betreuarzt:

AOK Nordwest

Hierüber informiert die AOK Nordwest die Patienten mindestens zwei Monate vor Praxisübergabe. Sofern die Patienten innerhalb einer Frist von 14 Tagen nicht widersprechen, wird die Betreuung durch Sie als Nachfolgerin/Nachfolger fortgesetzt. Nähere Informationen können Sie dem Informationsbrief Patiententeilnahmestatus entnehmen, der Ihnen rechtzeitig vor dem Quartalswechsel zur Verfügung gestellt wird.

Mit der Patientenübernahme und der Fortsetzung der Betreuung der HZV-Patienten verpflichtet sich die/der an der HZV teilnehmende Hausärztin/Hausarzt zum genannten Datum eine Betreuung im Rahmen der jeweiligen HZV-Verträge vollumfänglich sicher zu stellen.

Unterschrift Nachfolgerin/Nachfolger Datum (TT.MM.JJJJ)

Hinweis:
**Die Teilnahme an den entsprechenden
HZV-Verträgen ist durch die/den
Nachfolgerin/Nachfolger zusätzlich online unter
www.hausarzt-service-online.de
zu beantragen.**

7. Ggf. weitere Anmerkungen

**Für alle Fragen rund um das Thema Praxisübernahme/-übergabe
wenden Sie sich gerne direkt an die 02203 5756-1414!**

Unterschrift
Praxisaufgeberin/Praxisaufgeber
(Vertragsarzt/ärztlicher Leiter MVZ)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis