

Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolger

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Westfalen-Lippe
gemäß § 73 b SGB V



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG

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

1. Stammdaten Arzt

angestellte/r Arzt/Arztin kassenärztlich tätig

Einzelpraxis MVZ Praxisgemeinschaft Gemeinschaftspraxis (BAG)

Herr Frau

Titel

LANR

BSNR

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort:

2. Ich kündige meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum

alle HZV-Verträge oder

AOK NORDWEST*

Knappschaft*

TK, HEK, KKH, hkk*

EK (Barmer, DAK)

spectrumK*

GWQ Hausarzt+*

LKK

IKK classic*

PHV AXA/Gothaer

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

3. Grund der Kündigung

Ruhestand Anstellung Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit Wechsel zum Facharzt

Sonstiges: _____

4. Angaben über Nachfolger

Ich habe **keinen Nachfolger** gefunden. Bitte meine Teilnahme an den HZV-Verträgen ohne geregelte Praxisübernahme bzgl. meiner bisherigen HZV-Patienten beenden. **(Hinweis: Falls zutreffend, sind die Felder 5 und 6 nicht zu befüllen)**

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

Die Fortsetzung der Betreuung von HZV-Patienten ist zurzeit nur bei der **AOK NORDWEST** und der **Knappschaft** ohne erneute Einschreibung möglich. Für eine automatische Übernahme der HZV-Patienten muss dieses Formular zu folgenden Fristen an die HÄVG gesendet werden:

10.01. → Patientenübernahme ab Q2

10.04. → Patientenübernahme ab Q3

10.07. → Patientenübernahme ab Q4

10.10. → Patientenübernahme ab Q1

HZV-Patienten aller anderen Krankenkassen können durch Ihre/n Nachfolger/in neu in die HZV eingeschrieben bzw. ggf. umgeschrieben werden. Hier gelten die vertraglichen Fristen für die Patientenein- bzw. Patientenumschreibung:

01.02 → Beginn Teilnahme Q2

01.05 → Beginn Teilnahme Q3

01.08 → Beginn Teilnahme Q4

01.11 → Beginn Teilnahme Q1

5. Stammdaten Nachfolger Herr Frau

Titel

LANR

BSNR (falls vorhanden)

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Telefonnummer

Ort

Faxnummer

6. Angaben zur Praxisübernahme (auszufüllen und zu unterschreiben vom Nachfolger)

Übernahme der HZV-Patienten zum

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

Ich möchte zum genannten Datum die Betreuung der HZV-Patienten meines Vorgängers folgender Krankenkassen übernehmen:

 AOK NORDWEST Knappschaft

Ich beantrage eine automatische technische Übertragung aller HZV-Patienten der unten genannten Krankenkassen auf mich als neuen Betreuer, soweit diese der Fortsetzung der Betreuung durch mich nicht widersprechen.

Hierüber informiert die AOK NORDWEST und/oder die Knappschaft die Patienten mind. 2 Monate vor Praxisübergabe. Sofern die Patienten innerhalb einer Frist von 14 Tagen nicht widersprechen, wird die Betreuung durch Sie als Praxisnachfolger fortgesetzt. Nähere Informationen können Sie dem Informationsbrief Patiententeilnahmestatus entnehmen, der Ihnen rechtzeitig vor dem Quartalwechsel zur Verfügung gestellt wird.

Mit der Patientenübernahme und der Fortsetzung der Betreuung der HZV-Patienten verpflichtet sich der an der HZV teilnehmende Hausarzt zum genannten Datum eine Betreuung im Rahmen der HZV-Verträge mit den einzelnen Krankenkassen vollumfänglich sicher zu stellen.

Unterschrift des Nachfolgers**Datum (TT.MM.JJJJ)**

Hinweis: Der Nachfolger muss zusätzlich unbedingt die Teilnahme der entsprechenden HZV-Verträge online unter folgendem Link beantragen: www.hausarzt-service-online.de

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ**Datum (TT.MM.JJJJ)****Stempel der Arztpraxis**