

Meldeformular Praxisaufgabe

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



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

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

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, soweit die Patienten der Übernahme der Versorgung in der HZV durch Ihren Nachfolger nicht widersprechen. 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)