

**Formular zur Meldung einer**

- **Praxisübergabe/-übernahme,**
- **HZV-Patientenübergabe/-übernahme,**
- **Praxisaufgabe**

zu den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V in Berlin



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

**1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt**

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

\* Die Teilnahme angestellter Hausärztinnen/Hausärzte ist an diesen HZV-Verträgen möglich. Sicherstellungs-/Entlastungsassistenten können **nicht** an den HZV-Verträgen teilnehmen.

**3. Grund der Kündigung**

- Ruhestand     
  Anstellung     
  Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit     
  Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**4. Angaben zur Nachfolgerin / zum Nachfolger**

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

LANR (entsprechend der Angabe unter Punkt 1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt)

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

Ich habe eine **Nachfolgerin / einen 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 Nachfolgerin / Ihren Nachfolger im Rahmen einer so genannten Geregelten Praxisübernahme (GPÜ) ist derzeit bei dem HZV-Vertrag **spectrumK** ohne erneute Einschreibung der Patienten möglich. Für eine automatische Übertragung Ihrer HZV-Patienten auf Ihre Nachfolgerin / Ihren 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

*Ihre in alle anderen HZV-Verträge eingeschriebenen Patienten können durch Ihre Nachfolgerin / Ihren 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 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 Praxis- bzw. Patientenübernahme)**

Praxisname

Straße 



      Hausnummer

PLZ 



      Ort

Telefonnummer 



      Faxnummer

E-Mail 



      (Neue) BSNR (falls vorhanden)

Ich möchte alle mit der **Praxis- bzw. Patientenübernahme** in Verbindung stehenden Unterlagen und Informationen an meine  
 Privatadresse      oder       Praxisadresse      gesendet bekommen.

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

6. Angaben zur Praxis- bzw. Patientenübernahme (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 Vorgängerin / meines Vorgängers übernehmen und beantrage eine automatische technische Übertragung der in diese HZV-Verträge eingeschriebenen Patienten auf mich als neue Betreuerin / neuen Betreuer:

spectrumK

Hierüber informieren die am spectrumK-Vertrag teilnehmenden Krankenkassen die Patienten mindestens zwei Monate vor Patientenübernahme. 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 Nachfolgerin / den Nachfolger  
zusätzlich online unter  
[www.hausarzt-service-online.de](http://www.hausarzt-service-online.de)  
zu beantragen.

7. Ggf. weitere Anmerkungen

Bei Fragen wenden Sie sich gerne direkt an die 02203 5756-1414!

Unterschrift  
Praxisaufgeberin/Praxisaufgeber  
(Vertragsärztin/Vertragsarzt /  
ärztliche/r Leiter/in MVZ)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis

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

--

--