**Formular zur Meldung einer**
- **Praxisübergabe/-übernahme,**
- **HZV-Patientenübergabe/-übernahme,**
- **Praxisaufgabe**

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

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

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

## 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

☐ TK, HEK* ☐ IKK classic* ☐ GWQ Hausarzt+* ☐ spectrumK* ☐ BAHN-BKK*

☐ PHV AXA/Gothaer

* 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 den HZV-Verträgen mit der **BAHN-BKK** und **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.

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

## 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 Betreuärztin / neuen Betreuarzt:**

☐ **BAHN-BKK** ☐ **spectrumK**

Hierüber informiert/informieren die BAHN-BKK und/oder 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.hausarztservice-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 / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ)**

**Datum** (TT.MM.JJJJ)

**Stempel der Arztpraxis**