

Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Praxisübergabe/-übernahme

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



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* IKK classic* PHV AXA/Gothaer
 LKK VAG Hessen 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: _____

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 diesem HZV-Vertrag eingeschriebenen Patienten auf mich als neue/neuen Betreuerin/Betreuer:

AOK Hessen

Hierüber informiert die AOK Hessen 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