

4. Angaben zur/zum Nachfolgerin/Nachfolger

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

Ich habe **eine/einen Nachfolgerin/Nachfolger** gefunden, die/der die Betreuung meiner HZV-Patienten fortsetzen möchte. **(Hinweis: Falls zutreffend, ist auch das Feld 5 zu befüllen.)**

HZV-Patienten aller Krankenkassen können durch Ihre/Ihren Nachfolgerin/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 (sofern bereits bekannt und diese/dieser mit Patientenübernahme einverstanden)

Herr Frau

Titel

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

LANR

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

Nachname

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

Vorname

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

Kontaktdaten

Telefonnummer

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

Handynummer

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

E-Mail

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

Wir werden uns mit Ihrer/Ihrem Nachfolgerin/Nachfolger bzgl. ihrer/seiner HZV-Teilnahme und Patienteneinschreibung in Verbindung setzen.

6. 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

--