Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Praxisübergabe

zu den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V in Rheinland-Pfalz

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 ☐ 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, KKH, HEK, hkk * ☐ PHV AXA/Gothaer

☐ IKK classic* ☐ GWQ Hausarzt+* ☐ LKK ☐ 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: _____

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**

Stand: Oktober 2021