

Formular zur Meldung einer

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

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



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
 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*
 EK (Barmer)
 DAK*
 TK, HEK, KKH, hkk*
 PHV AXA/Gothaer

IKK classic*
 GWQ Hausarzt+*
 LKK
 spectrumK*

* 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 mit **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 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 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

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

--

--