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

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 ☐ 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* ☐ BAHN-BKK*

☐ IKK classic* ☐ GWQ Hausarzt+* ☐ LKK ☐ spectrumK* ☐ 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**