

Formular zur Meldung einer

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

zu den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V
im Saarland



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* BAHN-BKK*
- GWQ Hausarzt+* spectrumK* IKK classic* 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 **AOK**, 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)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> 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.

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

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:

AOK BAHN-BKK spectrumK

Hierüber informiert/informieren die AOK, 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.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 /
Vertretungsberechtigte/r für das MVZ)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis

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

--

--