# Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Praxisübergabe/-übernahme

zu den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V in Sachsen

**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 PLUS* ☐ EK (Barmer, DAK) ☐ TK, HEK, KKH, hkk* ☐ IKK classic*

☐ Knappschaft* ☐ GWQ Hausarzt+* ☐ spectrumK* ☐ PHV AXA/Gothaer

* 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/Nachfolgerin

☐ Ich habe **keine/keinen Nachfolgerin/Nachfolger** gefunden. Bitte meine Teilnahme an den oben ausgewählten HZV-Verträgen beenden. **(Hinweis: Falls zutreffend, sind die Felder 5 und 6 nicht zu befüllen.)**

☐ Ich habe **eine/einen Nachfolgerin/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/Ihren Nachfolgerin/Nachfolger im Rahmen einer so genannten Geregelten Praxisübernahme (GPÜ) ist derzeit bei dem HZV-Vertrag mit der*

***Knappschaft***

***ohne erneute Einschreibung der Patienten*** *möglich. Für eine automatische Übernahme der HZV-Patienten auf Ihre/Ihren Nachfolgerin/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*

*HZV-Patienten aller anderen 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 (auszufüllen und zu unterschreiben 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 Praxisübernahme)**

Praxisname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Faxnummer

E-Mail (Neue) BSNR (falls vorhanden)

Ich möchte alle mit der Praxisübernahme in Verbindung stehenden Unterlagen und Informationen an meine

☐ Privatadresse oder ☐ Praxisadresse gesendet bekommen.

## 6. Angaben zur Praxisübernahme (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/meines Vorgängerin/Vorgängers übernehmen und beantrage eine automatische technische Übertragung der in diesem HZV-Vertrag eingeschriebenen Patienten auf mich als neue/neuen Betreuärztin/Betreuarzt:**

☐ **Knappschaft**

Hierüber informiert die Knappschaft die Patienten mindestens zwei Monate vor Praxisübergabe. 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/den Nachfolgerin/Nachfolger zusätzlich online unter www.hausarztservice-online.de zu beantragen.**

## 7. 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 |
|---|---|---|
| | ☐☐☐☐☐☐☐☐ | |