



**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**

--