

**Formular Praxisübergabe Hausarzt**

Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß  
§ 73b Abs. 4 S. 1 SGB V zwischen  
dem BHÄV und der AOK Bayern



Per Fax an 01805 – 00 24 25 505

**1. Stammdaten des Praxisübergabers**

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel:	LANR:	BSNR:
Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefonnummer		Faxnummer	

**2. Stammdaten des Praxisnachfolgers**

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel:	LANR:	BSNR:
Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefonnummer		Faxnummer	

**3. Erklärung zur Praxisübergabe und zur Teilnahme am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern****Vom Praxisübergaber auszufüllen**

Ich übergebe meine Praxis zum \_\_\_\_\_ an den in Punkt 2 genannten Hausarzt.

(Hinweis: Übergabezeitpunkt lt. Beschluss des Zulassungsausschusses)

Die bei mir im HzV-Vertrag 2015 eingeschriebenen Versicherten sollen ab diesem Zeitpunkt von dem in Punkt 2 genannten Praxisnachfolger betreut werden.

Ich beende zum Zeitpunkt der Praxisübergabe meine Teilnahme am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern.

Ich nehme weiterhin am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern teil.

*Als Nachweis über die weitere Tätigkeit als Vertragsarzt/angestellter Arzt füge ich eine Kopie des entsprechenden Beschlusses des Zulassungsausschusses bei bzw. reiche die Kopie bis zum Quartalsende vor der Praxisübergabe nach, da der Beschluss noch nicht vorliegt.*

**Vom Praxisnachfolger auszufüllen**

Ich übernehme die Praxis des in Punkt 1 genannten Arztes zum: \_\_\_\_\_

(Hinweis: Übernahme- bzw. Übergabezeitpunkt lt. Beschluss des Zulassungsausschusses)

Eine Kopie des Beschlusses des Zulassungsausschusses bzw. des Arztregisterauszugs füge ich bei bzw. reiche die Kopie bis zum Quartalsende vor der Praxisübergabe nach, da der Beschluss noch nicht vorliegt.

Ich nehme am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern teil seit/ab \_\_\_\_\_.

Ich nehme noch nicht am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern teil. Das ausgefüllte Formular „Teilnahmeerklärung Hausarzt“ füge ich zusammen mit den entsprechenden Nachweisen bei.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Vertragsarztstempel  
des Praxisübergabers

Unterschrift und Vertragsarztstempel  
des Praxisnachfolgers