

Formular zur Meldung einer

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

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



**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

Privatadresse nach Vertragsbeendigung

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Mobil

E-Mail

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*

* Die Teilnahme angestellter Hausärztinnen/Hausärzte ist an diesen HZV-Verträgen möglich.
Sicherstellungs-/Entlastungsassistenten können **nicht** an den HZV-Verträgen teilnehmen.

