

LANR (entsprechend der Angabe unter Punkt 1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt)

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

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 Hessen TK (+ HEK, KKH, hkk) BAHN-BKK spectrumK GWQ Hausarzt+

Hierüber informiert/informieren die AOK Hessen, die TK (+ HEK, KKH, hkk), 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 jeweiligen Informationsbrief Patienteneinnahmestatus 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:

Falls die HZV-Vertragsteilnahme zu den entsprechenden HZV-Verträgen noch nicht erfolgt ist, muss die Nachfolgerin / der Nachfolger die Teilnahme zusätzlich online unter www.hausarztservice-online.de 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

--

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

--