

## Formular zur Meldung einer

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

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



HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG

Bitte per E-Mail ([praxisuebergabe@hzv.de](mailto: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

### 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)\*     IKK classic\*     BAHN-BKK\*

LKK\*     VAG Hessen     GWQ Hausarzt+\*     spectrumK\*     PHV AXA/Gothaer

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

### 3. Grund der Kündigung

Ruhestand     Anstellung     Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit     Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Angaben zur Nachfolgerin / zum Nachfolger

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



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

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

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 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 Nachfolgerin / den Nachfolger  
zusätzlich online unter  
[www.hausarzt-service-online.de](http://www.hausarzt-service-online.de)  
zu 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

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

--

--