

Formular zur Meldung einer

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

zu den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V im Saarland



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.

3. Grund der Kündigung

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

Sonstiges: _____

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

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

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

Hierüber informiert/informieren die AOK, 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 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
 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

--