

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

Bitte per E-Mail (praxisuebergabe@hzv.de) oder Fax (01805 002425-601) an die HÄVG übermitteln.



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft

☐ Herr ☐ Frau

Titel

LANR

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Straße	Hausnummer
--------	------------

PLZ

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

BSNR

Straße		Hausnummer
--------	--	------------

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobil

E-Mail

[illegible]☐ alle HZV-Verträge oder

☐ AOK NordWest*

☐ EK (Barmer, DAK)

☐ TK (+HEK, KKH, hkk)*

☐ BAHN-BKK*

☐ IKK classic*

☐ GWQ Hausarzt+*

 spectrumK^{*}

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

☐ 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 NordWest

☐ TK (+HEK, KKH, hkk)

☐ BAHN-BKK

☐ spectrumK

Hierüber informiert/informieren die AOK NordWest, 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.hausarztservice-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

--

--