



Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolgerin oder Nachfolger

Formular zur Meldung einer Praxisübergabe/-übernahme,
HZV-Patientenübergabe/-übernahme, Praxisaufgabe in Westfalen-Lippe

1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

Frau Herr

_____ Titel _____ Nachname _____ Vorname _____

_____ HÄVG-ID _____ LANR _____

Art der Praxis: Einzelpraxis Praxisgemeinschaft MVZ Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisadresse

_____ Praxisname _____ BSNR _____

_____ Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

_____ Telefon _____ E-Mail _____ Fax _____

Privatadresse

_____ Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

_____ Telefon _____ E-Mail _____ Mobil _____

2. Ich kündige meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen

alle HZV-Verträge **oder** AOK NORDWEST* TK, HEK, KKH, hkk*

spectrumK* LKK* BAHN-BKK*

Knappschaft* EK (Barmer, DAK) IKK classic*

GWQ Hausarzt+* PHV AXA/Gothaer

Die Kündigung erfolgt zum (TT.MM.JJJJ)

* Angestellte Hausärztinnen und Hausärzte können an diesen HZV-Verträgen teilnehmen.
Sicherstellungs-/Entlastungsassistenten können nicht an den HZV-Verträgen teilnehmen.

Grund der Kündigung

Ruhestand Anstellung Aufgabe d. kassenärztlichen Tätigkeit Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)

Sonstiges: _____



Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolgerin oder Nachfolger

Formular zur Meldung einer Praxisübergabe/-übernahme,
HZV-Patientenübergabe/-übernahme, Praxisaufgabe in Westfalen-Lippe

LANR (entspr. Angabe S. 1 „Stammdaten“)

3. Angaben zur Nachfolgerin / zum Nachfolger

- Ich habe **keine** Nachfolge gefunden. Bitte beenden Sie meine Teilnahme an den oben ausgewählten HZV-Verträgen.
Hinweis: Falls zutreffend, sind die Felder 4 und 5 nicht zu befüllen.
- Ich habe **eine** Nachfolge gefunden, die die Betreuung meiner HZV-Patienten fortsetzen möchte.
Hinweis: Falls zutreffend, bitte auch die Felder 4 und 5 befüllen.

Ihre Nachfolge kann in einigen HZV-Verträgen die Betreuung Ihrer HZV-Patientinnen und -Patienten im Rahmen einer sogenannten „Geregelten Praxisübernahme (GPÜ)“ nahtlos fortsetzen, ohne diese neu einschreiben zu müssen. In diesen Verträgen ist das derzeit möglich: AOK NORDWEST, TK (+HEK, KKH, hkk), Knappschaft, BAHN-BKK und spectrumK.

Für eine automatische Übertragung Ihrer HZV-Patientinnen und -Patienten auf Ihre Nachfolgerin/Ihren Nachfolger muss dieses Formular zu folgenden Fristen an die HÄVG übermittelt werden:

10.01. → Patientenübernahme ab 2. Quartal
10.07. → Patientenübernahme ab 4. Quartal

10.04. → Patientenübernahme ab 3. Quartal
10.10. → Patientenübernahme ab 1. Quartal

Alle Patientinnen und Patienten, die in einen anderen HZV-Vertrag eingeschrieben sind, können durch Ihre Nachfolge neu in die HZV eingeschrieben bzw. umgeschrieben werden. Hier gelten die vertraglichen Fristen für die Patienteneinschreibung bzw. -umschreibung.

01.02. → Beginn Teilnahme 2. Quartal
01.08. → Beginn Teilnahme 4. Quartal

01.05. → Beginn Teilnahme 3. Quartal
01.11. → Beginn Teilnahme 1. Quartal

4. Stammdaten Nachfolgerin/Nachfolger (auszufüllen von Nachfolgerin/Nachfolger)

Frau Herr _____
Titel HÄVG-ID (falls vorhanden)

Nachname Vorname

Praxisadresse Nachfolgerin/Nachfolger (ab dem Zeitpunkt der Praxis- bzw. Patientenübernahme)

Praxisname (Neue) BSNR - falls vorhanden

Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefon E-Mail Fax

Privatadresse Nachfolgerin/Nachfolger

Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefon E-Mail Mobilnummer



Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolgerin oder Nachfolger

Formular zur Meldung einer Praxisübergabe/-übernahme,
HZV-Patientenübergabe/-übernahme, Praxisaufgabe in Westfalen-Lippe

LANR (entspr. Angabe S. 1 „Stammdaten“)

5. Angaben zur Praxis- bzw. Patientenübernahme (auszufüllen und zu unterschreiben von Nachfolgerin/Nachfolger)

Übernahme der HZV-Patientinnen und -Patienten zum: _____ (TT.MM.JJJJ)

Hinweis: Patientenübernahmen sind nicht rückwirkend und nur zu Quartalsbeginn möglich.

Ich möchte zum genannten Datum die Betreuung der HZV-Patientinnen und -Patienten folgender HZV-Verträge meiner Vorgängerin/meines Vorgängers übernehmen. Daher beantrage ich eine automatische technische Übertragung der in diese HZV-Verträge eingeschriebenen Patientinnen und Patienten auf mich als neue Betreuerin/neuen Betreuer:

AOK NORDWEST

TK, HEK, KKH, hkk

Knappschaft

BAHN-BKK

spectrumK

Hierüber informieren die oben angekreuzten Krankenkassen bzw. die am spectrumK-Vertrag teilnehmenden Krankenkassen die betroffenen Patientinnen und Patienten mindestens zwei Monate vor Patientenübernahme. Sofern die Patientinnen und 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-Patientinnen und -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)

Unterschrift Nachfolgerin/Nachfolger



Hinweis: Die Nachfolgerin/der Nachfolger muss zusätzlich unbedingt die Teilnahme an den entsprechenden HZV-Verträgen online unter www.hausarzt-service-online.de beantragen.

Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt/Vertretungsberechtigte(r) für das MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt/Vertretungsberechtigte(r) für das MVZ

Stempel der Praxis