Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolger/in

zu den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V in Westfalen-Lippe

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Bitte per E-Mail an hzv@hausaerzteverband-wl.de .

1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft

☐ Herr ☐ Frau Titel LANR HÄVG-ID

Nachname Vorname

Praxisadresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort BSNR

Telefonnummer Faxnummer

E-Mail

Privatadresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Mobilnummer

E-Mail

2. Ich **kündige** meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum Datum (TT.MM.JJJJ)

☐ 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 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)

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.)**

☐ Ich habe **eine Nachfolgerin / einen Nachfolger** gefunden, die/der die Betreuung meiner HZV-Patienten fortsetzen möchte. **(Hinweis: Falls zutreffend, sind auch die Felder 5 und 6 zu befüllen.)**

*Die nahtlose Fortsetzung der Betreuung Ihrer HZV-Patienten durch Ihre Nachfolgerin / Ihren Nachfolger im Rahmen einer so genannten Geregelten Praxisübernahme (GPÜ) ist derzeit bei den HZV-Verträgen mit der **AOK NORDWEST,** der **Knappschaft, der BAHN-BKK** und **spectrumK** **ohne erneute Einschreibung der Patienten** möglich.*

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

10.01. → Patientenübernahme ab 2. Quartal *10.04. → Patientenübernahme ab 3. Quartal*
10.07. → Patientenübernahme ab 4. Quartal *10.10. → Patientenübernahme ab 1. Quartal*

Ihre in alle anderen HZV-Verträge eingeschriebenen Patienten können durch Ihre Nachfolgerin / Ihren Nachfolger neu in die HZV eingeschrieben bzw. ggf. umgeschrieben werden. Hier gelten die vertraglichen Fristen für die Patienteneinschreibung bzw. -umschreibung:

01.02. → Beginn Teilnahme 2. Quartal *01.05. → Beginn Teilnahme 3. Quartal*
01.08. → Beginn Teilnahme 4. Quartal *01.11. → Beginn Teilnahme 1. Quartal*

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

☐ Herr ☐ Frau

Titel

HÄVG-ID (falls vorhanden)

Nachname

Vorname

Privatadresse

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail

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

Praxisname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

(Neue) BSNR (falls vorhanden)

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

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 Betreuärztin / neuen Betreuarzt:

☐ **AOK NORDWEST** ☐ **Knappschaft** ☐ **BAHN-BKK** ☐ **spectrumK**

Hierüber informiert/informieren die AOK NORDWEST, die Knappschaft, 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 Nachfolgerin / der Nachfolger muss zusätzlich unbedingt die Teilnahme an den entsprechenden HZV-Verträgen online unter www.hausarztservice-online.de beantragen.

Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt / ärztliche/r Leiter/in MVZ	**Datum** (TT.MM.JJJJ)	**Stempel der Arztpraxis**