

# Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolger/in

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



HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG

Bitte per **E-Mail** an [hzv@hausaezterverband-wl.de](mailto:hzv@hausaezterverband-wl.de)

## 1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

<input type="checkbox"/> angestellte/r Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/> kassenärztlich tätig			
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (BAG)	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel	LANR	BSNR	HÄVG-ID
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname			Vorname	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Straße			Hausnummer	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
PLZ	Ort			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

## 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	PHV AXA/Gothaer
Knappschaft*	EK (Barmer, DAK)	GWQ Hausarzt+*	IKK classic*	

\* Die Teilnahme angestellter Hausärztinnen/Hausärzte ist an diesen HZV-Verträgen möglich.

## 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)**

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** und **spectrumK** ohne erneute Einschreibung der Patienten möglich. Für eine automatische Übernahme der HZV-Patienten auf Ihre Nachfolgerin / Ihren Nachfolger muss dieses Formular zu folgenden Fristen an die HÄVG gesendet werden:*

10.01. → Patientenübernahme ab Q2

10.04. → Patientenübernahme ab Q3

10.07. → Patientenübernahme ab Q4

10.10. → Patientenübernahme ab Q1

*HZV-Patienten aller anderen Krankenkassen 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 Q2

01.05 → Beginn Teilnahme Q3

01.08 → Beginn Teilnahme Q4

01.11 → Beginn Teilnahme Q1

**5. Stammdaten Nachfolgerin/Nachfolger**

Herr	Frau	Titel	LANR	BSNR (falls vorhanden)
Nachname			Vorname	
Straße			Hausnummer	
PLZ	Ort	Telefonnummer		
E-Mail			Faxnummer	

**6. Angaben zur Praxisübernahme (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**

**Knappschaft**

**spectrumK**

Hierüber informieren die AOK NORDWEST, die Knappschaft und/oder die am spectrumK-Vertrag teilnehmenden Krankenkassen die Patienten mind. 2 Monate vor Praxisübergabe. 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 Quartalwechsel 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 HZV-Verträge vollumfänglich sicherzustellen.

**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.hausarzt-service-online.de](http://www.hausarzt-service-online.de) beantragen.**

**Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt / ärztliche/r Leiterin/Leiter MVZ**

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

**Stempel der Arztpraxis**