

Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolger/in

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



Bitte per E-Mail an hzv@hausarzteverband-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: _____

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

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 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 / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis

--

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

--