

Kündigung HZV-Verträge

Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung in Westfalen-Lippe gemäß § 73 b SGB V



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG

Per E-Mail an hzv@hausaezterverband-wl.de

1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

kassenärztlich tätig angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis (BAG) Praxisgemeinschaft MVZ

Herr Frau

Titel

LANR

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Praxisadresse

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort:

BSNR

2. Ich kündige meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum

alle HZV-Verträge oder

AOK NORDWEST* TK, HEK, KKH, hkk* spectrumK* LKK PHV AXA/Gothaer

Knappschaft* EK (Barmer, DAK) Geschiedste BKK/
GWQ Hausarzt+ IKK classic*

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

3. Grund der Kündigung

Ruhestand Anstellung Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit Wechsel Fachgruppe
(nicht hausärztlich)

Sonstiges: _____

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher
Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis