

Meldeformular Praxisaufgabe

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Hamburg
gemäß § 73 b SGB V



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Per Fax an die HÄVG unter: 01805 – 00 24 25 505

Gemeldete Stammdaten Arzt

Einzelpraxis MVZ Praxisgemeinschaft Gemeinschaftspraxis (BAG)

Herr Frau

Titel

LANR

BSNR

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort:

Ich kündige meine Teilnahme an allen HZV-Verträgen zum **wegen:**

Ruhestand Anstellung Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit Wechsel zum Facharzt

Sonstiges: _____

Ich habe noch keinen Nachfolger gefunden, werde mich aber weiterhin um eine Nachfolge bemühen.

Ich habe keinen Nachfolger gefunden. Bitte meine Teilnahme an den HZV-Verträgen ohne geregelte Praxisübernahme bzgl. meiner bisherigen HZV-Patienten beenden.

Ich habe einen Nachfolger gefunden, der die Betreuung meiner HZV-Patienten fortsetzen möchte.

Die Fortsetzung der Betreuung von HZV-Patienten ist zurzeit nur bei der **AOK Rheinland/Hamburg** ohne erneute Einschreibung möglich. Die **AOK Rheinland/Hamburg informiert** in diesem Fall **Ihre Patienten mind. 2 Monate vor Praxisübergabe** über die Übernahme der Versorgung in der HZV durch Ihren Nachfolger. Sofern Ihre Patienten innerhalb einer Frist von 14 Tagen nicht widersprechen, wird die Betreuung durch Ihren Nachfolger fortgesetzt.

Patienten aller anderen Krankenkassen, mit denen HZV-Verträge bestehen, müssen durch Ihre/n Nachfolger/in neu in die HZV eingeschrieben werden.

Stammdaten Nachfolger (sofern bereits bekannt und dieser mit Patientenübernahme einverstanden)

Herr Frau

Titel

LANR

BSNR (falls vorhanden)

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Wir werden uns mit Ihrem Praxisnachfolger bzgl. seiner HZV-Teilnahme und Patientenübernahme in Verbindung setzen.

Faxnummer

**Unterschrift Vertragsarzt /
ärztlicher Leiter MVZ**

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)