

Formular zur Meldung einer

- **Praxisübergabe/-übernahme,**
- **HZV-Patientenübergabe/-übernahme,**
- **Praxisaufgabe**

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



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

**Bitte per E-Mail (praxisuebergabe@hzv.de) oder
Fax (01805 002425-601) an die HÄVG übermitteln.**

1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft

☐ Herr ☐ Frau

Titel

LANR

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Praxisadresse

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort:

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

BSNR

Privatadresse nach Vertragsbeendigung

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobil

E-Mail

2. Kündigung

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

☐ alle HZV-Verträge oder

☐ AOK *

☐ EK (Barmer, DAK)

☐ IKK classic *

☐ GWQ Hausarzt+ *

☐ spectrumK *

☐ BAHN-BKK *

☐ TK (+HEK, KKH, hkk) *

* 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 Rheinland/Hamburg, GWQ-Hausarzt+, spectrumK TK (+HEK, KKH, hkk)**, und **BAHN-BKK** 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 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									LANR <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											HÄVG-ID (falls vorhanden) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
Nachname <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								Vorname <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							

Privatadresse

Straße <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														Hausnummer <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
PLZ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										Ort <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																	
Telefonnummer <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														Mobil <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
E-Mail <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																											

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

Praxisname <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														Hausnummer <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
Straße <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									Hausnummer <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																		
PLZ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										Ort <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																	
Telefonnummer <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														Faxnummer <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
E-Mail <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																			Neue) BSNR (falls vorhanden) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								

Ich möchte alle mit der **Praxis- bzw. Patientenübernahme** in Verbindung stehenden Unterlagen und Informationen an meine

☐ Privatadresse oder ☐ Praxisadresse gesendet bekommen.

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 Betreuerin / neuen Betreuer:

☐ AOK Rheinland/Hamburg ☐ TK (+HEK, KKH, hkk) ☐ BAHN-BKK ☐ spectrumK ☐ GWQ Hausarzt+

Hierüber informiert/informieren die AOK Rheinland/Hamburg, die TK (+HEK, KKH, hkk), die BAHN-BKK, der GWQ-Hausarzt+ 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: Falls die HZV-Vertragsteilnahme zu den entsprechenden HZV-Verträgen noch nicht erfolgt ist, muss die Nachfolgerin / der Nachfolger die Teilnahme zusätzlich online unter

www.hausarzt-service-online.de beantragen.

7. Ggf. weitere Anmerkungen**Bei Fragen wenden Sie sich gerne direkt an die 02203 5756-1414!**Unterschrift Praxisaufgeberin/
Praxisaufgeber (Vertragsärztin/
Vertragsarzt / Vertretungsberechtigte/r für
das MVZ)

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis

--