

Meldeformular Praxisaufgabe

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Baden-Württemberg
gemäß § 73 b SGB



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Per Fax an die HÄVG unter: 01805 – 00 24 25 427

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-Verträge zum **wegen:**

Ruhestand

Anstellung

Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit

Wechsel zum Facharzt

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

Ich habe keinen Nachfolger gefunden. Bitte die Verträge ohne Patientenübernahme beenden.

Ich habe einen Nachfolger gefunden und möchte, dass die Patienten auf folgenden Arzt übertragen werden.

Patientenübernahmen sind derzeit nur für die HzV-Verträge der **AOK, IKK classic, LKK, Bosch BKK**
und 16 Betriebskrankenkassen der **BKK VAG** möglich.
Patienten aller anderen Verträge müssen durch Ihre/n Nachfolger/in neu in die HzV eingeschrieben werden.

Stammdaten Nachfolger

Herr Frau

Titel

LANR

BSNR (falls vorhanden)

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

Wir werden uns mit ihrem Praxisnachfolger bezüglich der Patientenübernahme in Verbindung setzen.

**Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher
Leiter MVZ**

Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)