Formular zur Meldung einer

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

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



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

. •							
1.	Stammdaten Hausärztin/Hausarzt						
	Einzelpraxis						
	Herr Frau Titel LANR HÄVG-ID						
Na	achname Vorname						
Pra	xisadresse						
Stra	aße Hausnummer						
PLZ	Z Ort:						
Tel	efonnummer Faxnummer						
E-N	/ail BSNR						
•							
2.	Kündigung						
lch	kündige meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum Datum (TT.MM.JJJJ)						
	alle HZV-Verträge oder						
	AOK/IKK TK, HEK, KKH, hkk* EK (Barmer, DAK)* BAHN-BKK*						
	spectrumK* GWQ Hausarzt+* IKK classic* PHV AXA/Gothaer						
	ie Teilnahme angestellter Hausärztinnen/Hausärzte ist an diesen HZV-Verträgen möglich.						
	icherstellungs-/Entlastungsassistenten können <u>nicht</u> an den HZV-Verträgen teilnehmen.						
3.	Grund der Kündigung						
	Ruhestand \square Anstellung \square Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit \square Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)						
☐ Sonstiges:							
_							
4.	Angaben zur Nachfolgerin / zum Nachfolger						
	Ich habe keine Nachfolgerin / keinen Nachfolger gefunden. Bitte meine Teilnahme an den oben ausgewählten						
HZ'	V-Verträgen beenden. (Hinweis: Falls zutreffend, sind die Felder 5 und 6 <u>nicht</u> zu befüllen.)						

Formular zur Meldung einer Praxisübergabe/-übernahme, HZV-Patientenübergabe/-übernahme, Praxisaufgabe in Berlin LANR (entsprechend der Angabe unter Punkt 1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt)							
☐ 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 BAHN-BKK und spectrumK 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 10.07. → 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 bzwumschreibung:							
	Beginn Teilnahme 3. Quartal eginn Teilnahme 1. Quartal						
5. Stammdaten Nachfolgerin/Nachfolger (auszufüllen von Na	achfolgerin/Nachfolger)						
Herr Frau Titel LANR	HÄVG-ID (falls vorhanden)						
Nachname	Vorname						
Privatadresse							
Straße	Hausnummer						
PLZ Ort							
Telefonnummer Handynu	mmer						
E-Mail							
Praxisadresse (ab dem Zeitpunkt der Praxis- bzw. Patientenüb	ernahme)						
Praxisname	,						
Straße	Hausnummer						
PLZ Ort							
Telefonnummer Faxnumr	ner						
E-Mail	(Neue) BSNR (falls vorhanden)						
Ich möchte alle mit der Praxis- bzw. Patientenübernahme in Verbindung stehenden Unterlagen und Informationen an meine							
☐ Privatadresse oder ☐ Praxisadresse gesendet bekommen.							

		be/-übernahme, HZV-Patientenübergab unkt 1. Stammdaten Hausärztin/Hausar		De III DeIIIII			
6. Angaben zui	r Praxis- bzw. Patientei	nübernahme (auszufüllen und zu unt	erschreiben von Nachfolg	jerin/Nachfolger)			
Übernahme der	HZV-Patienten zum:	Datum (TT.M	M.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 Betreuärztin / neuen Betreuarzt:							
	☐ BAHN-BKI	K □ spectru	тK				
Hierüber informiert/informieren 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 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 Nach	hfolgerin/Nachfolger	Datum (TT.MM.JJJJ)					
			٦				
			_				
			J				
	HZV-Verträge	Hinweis: Teilnahme an den entsprech n ist durch die Nachfolgerin zusätzlich online unter www.hausarztservice-online zu beantragen.	den Nachfolger				
7. Ggf. weitere	HZV-Verträge	Teilnahme an den entsprech n ist durch die Nachfolgerin zusätzlich online unter www.hausarztservice-online	den Nachfolger				
7. Ggf. weitere	HZV-Verträge	Teilnahme an den entsprech n ist durch die Nachfolgerin zusätzlich online unter www.hausarztservice-online	den Nachfolger				
7. Ggf. weitere	HZV-Verträger	Teilnahme an den entsprech n ist durch die Nachfolgerin zusätzlich online unter www.hausarztservice-online	den Nachfolger de				

Stand: Dezember 2023