





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:

BAHN-BKK

spectrumK

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 Nachfolgerin/Nachfolger

Datum (TT.MM.JJJJ)

--

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

**Hinweis:**  
Die Teilnahme an den entsprechenden  
HZV-Verträgen ist durch die Nachfolgerin / den Nachfolger  
zusätzlich online unter  
[www.hausarzt-service-online.de](http://www.hausarzt-service-online.de)  
zu 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

--

--