Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolger/in

zu den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V in Westfalen-Lippe



1. Stammdaten	Hausärztin/Hausarzt						
1. Stammaten	i iausai ztiii/i iausai zt						
☐ Einzelpraxis	☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	□MVZ	Praxisgemeinschaft				
☐ Herr ☐ Frau	Titel LANR		HÄVG-ID				
Nachname		Vorname					
Praxisadresse							
Straße PLZ	Ort	Hausnummer BSNR					
Telefonnummer E-Mail	Faxnummer						
L-IVIAII							
Privatadresse							
Straße PLZ Telefonnummer E-Mail	Ort Mobilnumme] 	Hausnummer				
2. Ich kündige r	neine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum		Datum (TT.MM.JJJJ)				
alle HZV-Verträg	ge oder						
	ST* TK, HEK, KKH, hkk* spectrum EK (Barmer, DAK) IKK class gestellter Hausärztinnen/Hausärzte ist an diesen HZV- astungsassistenten können <u>nicht</u> an den HZV-Verträ	sic* GWQ Hausa -Verträgen möglich.	BAHN-BKK* rzt+* PHV AXA/Gothaer				
3. Grund der Ki	indigung						
Ruhestand Sonstiges:	Anstellung Aufgabe der kassenärztlichen Tätig	keit	ruppe (nicht hausärztlich)				

Formular zur Meldung einer Praxisübergabe/-übernahme, HZV-Patientenübergabe/-übernahme, Praxisaufgabe in Westfalen-Lippe 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 <u>nicht</u> 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 NORDWEST, der Knappschaft, 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 10.04. → 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)							
Titel HÄVG-ID (falls vorhanden) Herr Frau							
Nachname Vorname							
Privatadresse							
Straße Hausnummer							
PLZ Ort							
Telefonnummer Mobilnummer							
E-Mail							
Praxisadresse (ab dem Zeitpunkt der Praxis- bzw. Patientenübernahme)							
Praxisname							
Straße Hausnummer							
PLZ Ort (Neue) BSNR (falls vorhanden)							
Telefonnummer Faxnummer							
E-Mail							

Formular zur Meldung einer Praxisüber LANR (entsprechend der Angabe unt			me, Praxisaufgabe in Westfa	en-Lippe		
6. Angaben zur Praxis- bzw. Pa	tientenübernahme (auszuf	üllen und zu untersch	nreiben von Nachfolgerin/	Nachfolger)		
Übernahme der HZV-Patienten zur	n:	Datum (TT.MM.JJJ.	J)			
(Hinweis: Patientenübernahmen sind nicht rückwirkend und nur zu Quartalsbeginn möglich.)						
Ich möchte zum genannten Datum Vorgängers übernehmen und bean eingeschriebenen Patienten auf mi	trage eine automatische te	echnische Übertragur				
\square aok nordwest	☐ Knappschaft	☐ BAHN-BKK	spectrumK			
Hierüber informiert/informieren die AC teilnehmenden Krankenkassen die Pa einer Frist von 14 Tagen nicht widers Informationen können Sie dem jeweil Quartalswechsel zur Verfügung geste	atienten mindestens zwei Mo prechen, wird die Betreuung igen Informationsbrief Patien	onate vor Patientenübe durch Sie als Nachfolg	rnahme. Sofern die Patiente gerin/Nachfolger fortgesetzt	en innerhalb . Nähere		
Mit der Patientenübernahme und der teilnehmende Hausärztin/Hausarzt zu sicher zu stellen.						
Unterschrift Nachfolgerin/Nachfolg	er Datum (TT	·.MM.JJJJ)				
Teilr	chfolgerin / der Nachfo nahme an den entspred unter <u>www.hausarztser</u>	chenden HZV-Ver	trägen			
Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt / Vertretungsberechtigte/r für das M	VZ Datum (TT.MM.JJJJ)	Stemp	oel der Arztpraxis			

Stand: Juli 2024