Meldeformular Praxisaufgabe

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

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

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

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 18 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)

Stand 21.10.2015