

4. Angaben zur/zum Nachfolgerin/Nachfolgerin

Ich habe **keine/keinen Nachfolgerin/Nachfolger** gefunden. Bitte meine Teilnahme an den oben ausgewählten HZV-Verträgen beenden. **(Hinweis: Falls zutreffend, sind die Felder 5 und 6 nicht zu befüllen.)**

Ich habe **eine/einen Nachfolgerin/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/Ihren Nachfolgerin/Nachfolger im Rahmen einer so genannten **Geregelten Praxisübernahme (GPÜ)** ist derzeit bei den HZV-Verträgen mit

- der **AOK Rheinland/Hamburg**
- der **Knappschaft**

ohne erneute Einschreibung der Patienten möglich. Für eine automatische Übernahme der HZV-Patienten auf Ihre/Ihren Nachfolgerin/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

HZV-Patienten aller anderen Krankenkassen können durch Ihre/Ihren Nachfolgerin/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 und zu unterschreiben von Nachfolgerin/Nachfolger)

Herr Frau Titel LANR HÄVG-ID (falls vorhanden)

Nachname Vorname

Privatadresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Handynummer

E-Mail

Praxisadresse (ab dem Zeitpunkt der Praxisübernahme)

Praxisname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Faxnummer

E-Mail (Neue) BSNR (falls vorhanden)

Ich möchte alle mit der Praxisübernahme in Verbindung stehenden Unterlagen und Informationen an meine

Privatadresse oder Praxisadresse gesendet bekommen.

6. Angaben zur Praxisübernahme (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/meines Vorgängerin/Vorgängers übernehmen und beantrage eine automatische technische Übertragung der in diese HZV-Verträge eingeschriebenen Patienten auf mich als neue/neuen Betreuärztin/Betreuarzt:

AOK Rheinland/Hamburg

Knappschaft

Hierüber informiert die AOK Rheinland/Hamburg und/oder die Knappschaft die Patienten mindestens zwei Monate vor Praxisübergabe. 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/den
Nachfolgerin/Nachfolger zusätzlich online unter
www.hausarzt-service-online.de
zu beantragen.

7. Ggf. weitere Anmerkungen

**Für alle Fragen rund um das Thema Praxisübernahme/-übergabe
wenden Sie sich gerne direkt an die 02203 5756-1414!**

Unterschrift
Praxisaufgeberin/Praxisaufgeber
(Vertragsarzt/ärztlicher Leiter MVZ)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis