Kündigung HZV-Verträge

Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung in Region Westfalen-Lippe gemäß § 73 b SGB V

Per E-Mail an hzv@haev-wl.de

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

☐ kassenärztlich tätig ☐ angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis (BAG) ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ

☐ Herr ☐ Frau Titel LANR HÄVG-ID

Nachname Vorname

Praxisadresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort BSNR

Privatadresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort:

Telefonnummer: Mobilnummer

E-Mail

2. Ich kündige meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum

☐ alle HZV-Verträge oder

☐ AOK NORDWEST ☐ TK, HEK, KKH, hkk ☐ spectrumK ☐ LKK ☐ BAHN-BKK

☐ Knappschaft ☐ EK (Barmer, DAK) ☐ GWQ Hausarzt+ ☐ IKK classic

3. Grund der Kündigung

☐ Ruhestand ☐ Anstellung ☐ Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit ☐ Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)

☐ Sonstiges: _____

Unterschrift Vertragsarzt / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis

Stand: März 2026