



# Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolgerin oder Nachfolger

Formular zur Meldung einer Praxisübergabe/-übernahme,  
HZV-Patientenübergabe/-übernahme, Praxisaufgabe in Westfalen-Lippe

## 1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

Frau  Herr

\_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ HÄVG-ID \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

**Art der Praxis:**  Einzelpraxis  Praxisgemeinschaft  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft

## Praxisadresse

\_\_\_\_\_ Praxisname \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Privatadresse

\_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

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

alle HZV-Verträge **oder**  AOK NORDWEST  TK, HEK, KKH, hkk

spectrumK  LKK  BAHN-BKK

Knappschaft  EK (Barmer, DAK)  IKK classic

GWQ Hausarzt+

\_\_\_\_\_ Die Kündigung erfolgt zum (TT.MM.JJJJ)

Sicherstellungs-/Entlastungsassistenten können nicht an den HZV-Verträgen teilnehmen.

### Grund der Kündigung

Ruhestand  Anstellung  Aufgabe d. kassenärztlichen Tätigkeit  Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)

Sonstiges: \_\_\_\_\_



## Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolgerin oder Nachfolger

Formular zur Meldung einer Praxisübergabe/-übernahme,  
HZV-Patientenübergabe/-übernahme, Praxisaufgabe in Westfalen-Lippe

LANR (entspr. Angabe S. 1 „Stammdaten“)

### 3. Angaben zur Nachfolgerin / zum Nachfolger

- Ich habe **keine** Nachfolge gefunden. Bitte beenden Sie meine Teilnahme an den oben ausgewählten HZV-Verträgen.  
Hinweis: Falls zutreffend, sind die Felder 4 und 5 nicht zu befüllen.
- Ich habe **eine** Nachfolge gefunden, die die Betreuung meiner HZV-Patienten fortsetzen möchte.  
Hinweis: Falls zutreffend, bitte auch die Felder 4 und 5 befüllen.

Ihre Nachfolge kann in einigen HZV-Verträgen die Betreuung Ihrer HZV-Patientinnen und -Patienten im Rahmen einer sogenannten „Geregelten Praxisübernahme (GPÜ)“ nahtlos fortsetzen, ohne diese neu einschreiben zu müssen. In diesen Verträgen ist das derzeit möglich: AOK NORDWEST, TK (+HEK, KKH, hkk), Knappschaft, BAHN-BKK und spectrumK.

Für eine automatische Übertragung Ihrer HZV-Patientinnen und -Patienten auf Ihre Nachfolgerin/Ihren Nachfolger muss dieses Formular zu folgenden Fristen an die HÄVG übermittelt werden:

**10.01. → Patientenübernahme ab 2. Quartal**  
**10.07. → Patientenübernahme ab 4. Quartal**

**10.04. → Patientenübernahme ab 3. Quartal**  
**10.10. → Patientenübernahme ab 1. Quartal**

Alle Patientinnen und Patienten, die in einen anderen HZV-Vertrag eingeschrieben sind, können durch Ihre Nachfolge neu in die HZV eingeschrieben bzw. umgeschrieben werden. Hier gelten die vertraglichen Fristen für die Patienteneinschreibung bzw. -umschreibung.

**01.02. → Beginn Teilnahme 2. Quartal**  
**01.08. → Beginn Teilnahme 4. Quartal**

**01.05. → Beginn Teilnahme 3. Quartal**  
**01.11. → Beginn Teilnahme 1. Quartal**

### 4. Stammdaten Nachfolgerin/Nachfolger (auszufüllen von Nachfolgerin/Nachfolger)

Frau  Herr \_\_\_\_\_  
Titel HÄVG-ID (falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

### Praxisadresse Nachfolgerin/Nachfolger (ab dem Zeitpunkt der Praxis- bzw. Patientenübernahme)

\_\_\_\_\_  
Praxisname (Neue) BSNR - falls vorhanden

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail Fax

### Privatadresse Nachfolgerin/Nachfolger

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail Mobilnummer



## Meldeformular Praxisaufgabe und ggf. Meldung Nachfolgerin oder Nachfolger

Formular zur Meldung einer Praxisübergabe/-übernahme,  
HZV-Patientenübergabe/-übernahme, Praxisaufgabe in Westfalen-Lippe

LANR (entspr. Angabe S. 1 „Stammdaten“)

### 5. Angaben zur Praxis- bzw. Patientenübernahme (auszufüllen und zu unterschreiben von Nachfolgerin/Nachfolger)

Übernahme der HZV-Patientinnen und -Patienten zum: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Hinweis: Patientenübernahmen sind nicht rückwirkend und nur zu Quartalsbeginn möglich.

Ich möchte zum genannten Datum die Betreuung der HZV-Patientinnen und -Patienten folgender HZV-Verträge meiner Vorgängerin/meines Vorgängers übernehmen. Daher beantrage ich eine automatische technische Übertragung der in diese HZV-Verträge eingeschriebenen Patientinnen und Patienten auf mich als neue Betreuerin/neuen Betreuer:

AOK NORDWEST

TK, HEK, KKH, hkk

Knappschaft

BAHN-BKK

spectrumK

Hierüber informieren die oben angekreuzten Krankenkassen bzw. die am spectrumK-Vertrag teilnehmenden Krankenkassen die betroffenen Patientinnen und Patienten mindestens zwei Monate vor Patientenübernahme. Sofern die Patientinnen und Patienten innerhalb einer Frist von 14 Tagen nicht widersprechen, wird die Betreuung durch Sie als Nachfolgerin/Nachfolger fortgesetzt. Nähere Informationen können Sie dem jeweiligen Informationsbrief Patiententeilnahmestatus entnehmen, der Ihnen rechtzeitig vor dem Quartalswechsel zur Verfügung gestellt wird.

Mit der Patientenübernahme und der Fortsetzung der Betreuung der HZV-Patientinnen und -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)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Nachfolgerin/Nachfolger



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

### Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt/Vertretungsberechtigte(r) für das MVZ

\_\_\_\_\_  
Datum (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsärztin/Vertragsarzt/Vertretungsberechtigte(r) für das MVZ

Stempel der Praxis