Meldeformular Praxisübergabe/Praxisschließung
zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V

Per **Fax oder E-Mail** bis spätestens zum **25. Tag** des **1. Monats**
im Quartal **vor** der Änderung an den Bayerischen Hausärzteverband unter **089 1273927 99**
oder per Mail an **praxisberatung@bhaev.de**

BAYERISCHER HAUSÄRZTE VERBAND
Mitglied im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND

Stammdaten des Praxisübergebers

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ MVZ

☐ Herr ☐ Frau
Titel
Geburstdatum

LANR BSNR HÄVG-ID

Nachname Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Datum der Praxisabgabe

Ich kündige meine Teilnahme an den folgenden HZV-Verträgen zum o.g. Zeitpunkt

☐ alle HZV-Verträge

☐ AOK Bayern ☐ Ersatzkassen (ohne TK) ☐ IKK classic
☐ BKK/ Bosch BKK ☐ TK ☐ SVLFG / LKK ☐ BAHN-BKK

Grund der Praxisübergabe

☐ Ruhestand
☐ Wechsel in Anstellungsverhältnis, Art der Anstellung: _____
☐ Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit
☐ Umzug außerhalb Bayerns
☐ Sonstiges: _____

Stammdaten des Praxisnachfolgers

☐ Es gibt keinen Praxisnachfolger

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ MVZ

LANR BSNR HÄVG-ID

Nachname Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Datum der Praxisübernahme
(Hinweis: Patientenübernahmen nicht rückwirkend und nur zu Quartalsbeginn möglich.)

Sitzung des Zulassungsausschusses

Angaben zu einer Übernahme der Patienten im Rahmen einer geregelten Praxisübernahme
Bitte beachten Sie die Einreichfrist der Unterlagen ist stets der 25. im ersten Monat des Quartals vor der Praxisübergabe:
25.01. für Quartal 2; 25.04. für Quartal 3; 25.07. für Quartal 4; 25.10. für Quartal 1

Vom Praxisübergeber auszufüllen
Die bei mir in die HZV-Verträge eingeschriebenen Versicherten sollen ab diesem Zeitpunkt von dem genannten Praxisnachfolger betreut werden.

☐ Ich beende zum Zeitpunkt der Praxisübergabe meine Teilnahme an den HZV-Verträgen

☐ Ich nehme weiterhin an den HZV-Verträgen teil.

Vom Praxisnachfolger auszufüllen
Eine Kopie des Beschlusses des Zulassungsausschusses

☐ füge ich bei

☐ reiche ich nach

☐ Ich nehme an den HZV-Verträgen teil seit/ab _____.

☐ Ich habe meine Teilnahme an den HZV-Verträgen beantragt am _____.

☐ Ich nehme noch nicht an den HZV-Verträgen teil. Die „Teilnahmeerklärung Hausarzt“ reiche ich nach (Teilnahmeerklärung unter https://www.hausarztservice-online.de/vertraege).

Die Beantragung der Übernahme der am HZV-Vertrag teilnehmenden Versicherten gilt für folgende HZV-Verträge:

☐ AOK Bayern (bitte zusätzlich gesondertes Meldeformular ausfüllen)

☐ BKK/ Bosch BKK

☐ SVLFG (LKK)

Für die weiteren HZV-Verträge besteht keine vertragliche Regelung zur Übernahme der eingeschriebenen Versicherten bei Praxisübernahme.

Nachsendeanschrift Praxisübergeber

☐ Privatadresse ☐ Neue Praxisadresse

☐ Herr ☐ Frau Titel

LANR BSNR HÄVG-ID

Nachname Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

IBAN BIC

Unterschrift/Stempel Praxisübergeber **Unterschrift/Stempel Praxisübernehmer**

Datum (TT.MM.JJ)