

Meldeformular Praxisübergabe/Praxischließung

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten
Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V



Bis spätestens zum **20. Tag** des **1. Monats** im Quartal vor Änderung
an Fax: **089 1273927 99** oder per Mail an **praxisberatung@bhaev.de** senden

Stammdaten des/r Praxisübergeber/In

Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft MVZ

Herr Frau Titel

LANR BSNR HÄVG-ID

Nachname Vorname

Straße und 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 Bahn BKK
 BKK/ Bosch BKK TK SVLFG (LKK)

Grund der Praxisübergabe

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

Stammdaten des/r Praxisnachfolger/In

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

Bezirk

Angaben zu einer Übernahme der Patient/innen im Rahmen einer geregelten Praxisübernahme (GPÜ)

Bitte beachten Sie die Einreichfrist der Unterlagen ist stets der 20. im ersten Monat des Quartals vor der Praxisübergabe:
20.01. für Quartal 2; 20.04. für Quartal 3; 20.07. für Quartal 4; 20.10. für Quartal 1

Vom/n Praxisübergeber/In 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/n Praxisnachfolger/In 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)
 TK

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

Nachsendeanschrift Praxisübergeber/In

- Privatadresse Neue Praxisadresse

Herr Frau Titel

LANR

BSNR

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

IBAN

BIC

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

Datum (TT.MM.JJ)