


Meldeformular Praxisübergabe/Praxisschließung zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V		 Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband	
Bis spätestens zum 20. Tag des 1. Monats im Quartal vor Änderung per Mail an praxisberatung@bhaev.de oder an Fax: 089 1273927 99 senden			
Stammdaten des/r Praxisübergeber/In			
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis		<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> MVZ			
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> alle HZV-Verträge			
<input type="checkbox"/> AOK Bayern		<input type="checkbox"/> Ersatzkassen (ohne TK)	
<input type="checkbox"/> BKK/ Bosch BKK		<input type="checkbox"/> IKK classic	
<input type="checkbox"/> TK		<input type="checkbox"/> SVLFG (LKK)	
		<input type="checkbox"/> Bahn BKK	
Grund der Praxisübergabe			
<input type="checkbox"/> Ruhestand			
<input type="checkbox"/> Wechsel in Anstellungsverhältnis, Art der Anstellung: _____			
<input type="checkbox"/> Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> Umzug außerhalb Bayerns			
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Stammdaten des/r Praxisnachfolger/In			
<input type="checkbox"/> Es gibt keinen Praxisnachfolger			
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis		<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft	
		<input type="checkbox"/> 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.hausarzt-service-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
 Bahn 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)