

## Kündigung der HZV-Verträge im Anstellungsverhältnis

Bzgl. der Verträge zur hausarztzentrierten  
Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V



Bayerischer  
Hausärztinnen- und  
Hausärzterverband

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

### Hiermit kündige ich (angestellter Arzt/Ärztin),

Einzelpraxis     Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)     MVZ     Praxisgemeinschaft

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel	LANR	BSNR	HÄVG-ID
---	-------	------	------	---------

Nachname	Vorname
----------	---------

Straße	Hausnummer
--------	------------

PLZ	Ort
-----	-----

### bei Arbeitgeber/In bzw. Anstellender Arzt/Ärztin

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel	LANR	BSNR	HÄVG-ID
---	-------	------	------	---------

Nachname	Vorname
----------	---------

### die HZV-Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen:

- alle Verträge     Ersatzkassen (ohne TK)     IKKclassic     Bahn BKK  
 AOK Bayern     TK     SVLFG (LKK)  
 BKK/ Bosch BKK

**zum Datum (TT.MM.JJ)**

Unterschrift HZV-Teilnehmer/In  
(Angestellter Arzt/Ärztin)

Unterschrift anstellende/r Praxisinhaber/In Vertretungsberechtigte/r  
für das MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJ)