

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			
☐ Einzelpraxis		☐ Berufsausübungsgemeinschaft	
☐ Herr ☐ Frau		Titel	
LANR		BSNR	
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	
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 ☐ 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	
Datum (TT.MM.JJ)	Unterschrift/Stempel Praxisübergeber/In 	Unterschrift/Stempel Praxisübernehmer/In 	

