



Versichertenumschreibung per Arztwechselkreuz beim HZV-Vertrag AOK Bayern

HANDLUNGSANLEITUNG

Stand: Juli 2025

Seit dem 01.04.2021 ist es auch bei AOK – Versicherten, die an der HZV teilnehmen, möglich, per Arztwechselkennzeichen – analog zu allen anderen HZV-Verträgen – auf einen neuen Betreuarzt umzuschreiben. Ein Arztwechsel ist insbesondere dann sinnvoll, wenn eine Übernahme der Versicherten im Rahmen einer geregelten Praxisübergabe nicht möglich ist.

Bitte wenden Sie sich bei einer geplanten Praxisabgabe frühzeitig an unsere Praxisberatung unter: praxisberatung@bhaev.de

Um Ihnen die Umschreibung von HZV-Versicherten mittels Arztwechselkreuz innerhalb des HZV-Vertrages mit der AOK Bayern zu erleichtern, haben wir eine kompakte Schritt-für-Schritt-Anleitung für Sie zusammengestellt.

Folgende Unterlagen benötigen Sie:

- **„Teilnahme- und Datenschutzerklärung“** (Anlage 6 zum HZV-Vertrag)
Diese Teilnahmeerklärungen können Sie direkt aus Ihrer Praxissoftware mit den Versichertendaten ausdrucken. Zudem steht Ihnen die Teilnahme- und Datenschutzerklärung bei den Vertragsunterlagen des HZV-Vertrages AOK Bayern auf unserer [Webseite](#) zur Verfügung.
- **HZV-Beleg +9393+**
Wenn Sie bereits an anderen HZV-Verträgen teilnehmen, ist Ihnen der zur Umschreibung von HZV-Versicherten benötigte HZV-Beleg +9393+ bekannt. Der HZV-Beleg +9393+ kann mittels [Bestellformular](#) direkt beim Kohlhammer Verlag angefordert werden.
Wichtig: Nicht den gelben 99773 Einschreibebeleg der AOK Bayern verwenden!

In 4 Schritten zur korrekten Versichertenumschreibung:

1. Kennzeichnung des Arztwechsels

Bereits in die HZV eingeschriebene Versicherte der AOK Bayern können auf einen neuen Betreuarzt umgeschrieben werden – durch Setzen des Arztwechselkennzeichens auf dem HZV-Beleg +9393+ der HÄVG.

Wichtig: Verwenden Sie hierfür nicht den gelben Einschreibebeleg 99773 der AOK Bayern!

2. Unterschriften einholen und Beleg vorlegen

Entscheidet sich die versicherte Person im Zuge des Arztwechsels für eine Behandlung in Ihrer Praxis, legen Sie ihr bitte die Teilnahme- und Datenschutzerklärung sowie den HZV-Beleg +9393+ mit gekennzeichnetem Arztwechselkreuz zur Unterschrift vor.

3. Dokumentation und Aufbewahrung

Sobald die Teilnahme- und Datenschutzerklärung sowie der HZV-Beleg +9393+ vollständig ausgefüllt und unterschrieben sind:

- Erstellen Sie eine Kopie der Teilnahme- und Datenschutzerklärung für die versicherte Person.



- Das Original verbleibt in Ihrer Praxis und ist dort mindestens zehn Jahre aufzubewahren.

4. Belegversand

Senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen HZV-Beleg +9393+ bitte fristgerecht – gemäß den Einschreibefristen der AOK Bayern – an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Edmund Rumpler-Str. 2

51149 Köln

Bitte beachten Sie die Postlaufzeiten und senden Sie die HZV-Belege +9393+ regelmäßig an die HÄVG. Die Einsendefristen für die Umschreibung HZV-versicherter Personen entsprechen den Fristen, die auch für die Neueinschreibung bei der AOK Bayern gelten.

Die jeweils aktuellen Fristen finden Sie auf unserer Website unter:



www.hausaerzte-bayern.de

Rubrik: **HZV → Patienteneinschreibung → Einschreibefristen**



Bitte beachten Sie:

Bis zum Wirksamwerden des Arztwechsels nehmen die Versicherten weiterhin bei ihrem bisherigen Betreuarzt an der hausarztzentrierten Versorgung teil und müssen bis zur Umschreibung als Vertreterschein abgerechnet werden.

Hinweis: Der bestehende Einschreibeprozess für noch nicht eingeschriebene Versicherte bleibt unverändert.

Für diese Neuanmeldungen verwenden Sie bitte weiterhin den gelben Einschreibebeleg 99773, den Sie direkt an die **AOK Bayern** senden.

Sie haben Rückfragen?

Bei Fragen zum HZV-Vertrag mit der AOK Bayern hilft Ihnen der Kundenservice der HÄVG gerne weiter:



02203 / 57 56 11 11



kundenservice@hvz.de

Oder wenden Sie sich an die Geschäftsstelle des Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes:



089 / 127 39 27 30



vertraege@bhaev.de



Einschreibeunterlagen

dreiseitige Teilnahme- und Datenschutzerklärung und HZV-Beleg +9393#

AOK

Hausarztzentrierte Versorgung Teilnahme- und Datenschutzerklärung Vertragskennzeichen 99773

Ich möchte am AOK Hausarztvertrag teilnehmen. Meine gewählte Hausärztin bzw. mein gewählter Hausarzt soll im Hausarztvertrag der AOK Bayern die Lotsenfunktion übernehmen und erste Ansprechperson für medizinische Fragen werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich zu den nachfolgend aufgeführten Bedingungen an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen möchte:

- Ich bin ab Beginn der Teilnahme mindestens 12 Monate an die gewählte Hausärztin bzw. den gewählten Hausarzt gebunden. In dieser Zeit kann ich meine Teilnahme nur aus wichtigem Grund kündigen, z.B. wenn ein gestörtes ärztliches Vertrauensverhältnis oder der ein Wohnortwechsel vorliegt.
- Mir ist bekannt, dass die Kündigungsfrist 3 Monate zum Quartalsende beträgt und eine Kündigung frühestens zum Ende des ersten Teilnahmejahres erfolgen kann. Wenn ich meine Teilnahme am AOK Hausarztvertrag kündigen möchte, dann muss dies schriftlich erfolgen.
- Meine Teilnahme endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der AOK Bayern endet. Meine Teilnahme endet auch, wenn ich der Weiterführung meiner Teilnahme widerspreche, weil meine gewählte Ärztin bzw. mein gewählter Arzt den Praxisstift verlässt oder die Praxis an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger übergeht. Meine Teilnahme ist auf die Laufzeit dieses Hausarztvertrages begrenzt.
- Ich kann **nicht** teilnehmen, wenn ich die Kostenersatzung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt habe, mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK Bayern in Verzug bin und/oder wenn mein Leistungsanspruch nach § 16 SGB V ruht. Treten diese Ausschlussgründe nach Beginn der Teilnahme an, endet meine Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem eines dieser Ereignisse eintritt.
- Ich wähle meine gewählte Hausärztin bzw. meinen Hausarzt als erste Ansprechperson für medizinische Fragen und Lösenden durch das Gesundheitswesen und **verpflichtet** mich:
 - Mich an meine Hausärztin bzw. meinen Hausarzt als erste Ansprechperson zu wenden. Dies gilt insbesondere für die Inanspruchnahmen ambulanter fachärztlicher Leistungen, die nur mit Überweisung erfolgen dürfen, sowie vor Krankenhausweisungen. Hiervon ausgenommen sind ambulante Leistungen der Fachrichtungen der Augen-, Frauen-, Kinder- und Augenheilkunde sowie die ambulante oder stationäre Notfallversorgung.
 - Im Verdachtsfall eine bzw. einen HZV-Vertretungsarztin bzw. -ärztin aufzusuchen.
 - Bei Nichtbeachtung kann die AOK Bayern meine Teilnahme am Hausarztvertrag beenden. Eine erneute Einschreibung ist danach frühestens nach Ablauf von vier Quartalen möglich. Außerdem halte ich für eventuelle Mehrkosten.

Datenschutz-Erklärung

Zur Gewährung der beschriebenen Leistungen durch die AOK Bayern ist die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

- Ich habe die Ergänzende Patienten- und Patienteninformation zum Datenschutz und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Kenntnis genommen. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag bin ich einverstanden und erbitte gleichzeitig die genannten Ärztinnen und Ärzte sowie von ihrer Schweigepflicht.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Wichtige Hinweise:

Ihre Teilnahme am Hausarztvertrag ist freiwillig. Eine Teilnahme ist damit verbunden, dass Sie **ausnahmslos mit allen Teilnahme- und Datenschutzbedingungen einverstanden sind. Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztvertrag nicht möglich. Sie erhalten von uns nach Prüfung und Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen mit besonderem Schreiben Ihren Ausweis zur Vorlage bei Ihrem Hausarzt zugesandt. Bitte beachten Sie, dass Sie erst ab dem im Ausweis genannten Teilnahmebeginn an unserem Hausarztvertrag teilnehmen.**

Unterschrift Versicherte

Ort, Datum _____
 Versichertenunterschrift/Unterschrift der gesetzlichen VertreterInnen (bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung erforderlich)

 Ihre bzw. seine Vergütung

HZV-Beleg #9393#

Versicherten-Einschreibung zur Hausarztzentrierten Versorgung

Name, Vorname des Versicherten: geb. am

Kostenplatznummer: Arzt Nr.

Berufskategorie: Arzt Nr.

Ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Sie sind die Lotsenfunktion und die erste Ansprechperson sowie die Patienteninformation zum Hausarztvertrag und zum Datenschutz bekannt. Ich habe diese erhalten gelesen und bin dem Inhalt des Belegs zustimmend und einverstanden. Ich bestätige hiermit ausdrücklich meine Einverständnisse mit den Teilnahmebedingungen im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und der Einwilligung in die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsrechnung, Abrechnung, Prüfung und Auswertung der Daten. Meine Teilnahme beginnt zum Arzt Nr. und endet am Arzt Nr.

Unterschrift Versicherte

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:
 HZV Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
 Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln

Hausarzt Zentrierte Versorgung