

Patienteninformation zur Praxissitzverlegung

Praxissitzverlegung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass wir die bisherigen Praxisräume in

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

aufgeben und deshalb ein Praxisumzug ansteht. Ab dem _____ finden Sie unsere Praxisräume unter folgender Anschrift:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Wir gehen davon aus, dass wir trotz der Praxissitzverlegung weiterhin für Ihre hausärztliche Versorgung zuständig sein sollen. Ihre Teilnahme am LKK-Hausarztvertrag bleibt dann fortbestehen.

Sollten Sie sich aufgrund der Praxissitzverlegung und der ggf. daraus für Sie entstehenden Unannehmlichkeiten (z. B. längerer Anfahrtsweg) dafür entscheiden, künftig einen anderen Hausarzt in Wohnortnähe als HzV-Arzt zu wählen, so können Sie Ihre bisherige Einschreibung selbstverständlich **direkt bei Ihrer LKK schriftlich kündigen**. Nach erfolgter Kündigungsbestätigung können Sie sich bei einem anderen am LKK-Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt erneut einschreiben.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Praxisteam

Anlage

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Erklärung des Patienten

- Ich erkläre hiermit, dass der mit Ihnen abgeschlossene Hausarztvertrag weiterhin gelten soll und ich Sie bezüglich der hausärztlichen Versorgung weiterhin aufsuchen werde.

- Ich werde aufgrund der Praxisverlegung einen anderen Hausarzt wählen und den bisherigen Hausarztvertrag schriftlich bei der LKK kündigen.

(Ort / Datum)

(Unterschrift)