

# Meldeformular Praxisaufgabe

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten  
Versorgung in Baden-Württemberg  
gemäß § 73b SGB V



**HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft AG**

Per Fax an die HÄVG unter: 0711 – 21747 699 oder per E-Mail an: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

## Gemeldete Stammdaten Arzt

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> BAG	<input type="checkbox"/> ÜBAG
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel	LANR	BSNR	HÄVG ID
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname			Vorname	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Straße				Hausnummer
<input type="text"/>				<input type="text"/>
PLZ	Ort			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Ich kündige meine Teilnahme an allen HZV-Verträge zum  wegen:

Ruhestand  Anstellung  Aufgabe kassenärztliche Tätigkeit  Wechsel zum Facharzt  Wechsel in MVZ

Ich habe noch keinen Nachfolger gefunden, werde mich aber weiterhin um eine Nachfolge bemühen.

Ich habe keinen Nachfolger gefunden. Bitte die Verträge ohne Patientenübernahme beenden.

Ich habe einen Nachfolger gefunden und möchte, dass die Patienten auf folgenden Arzt übertragen werden.

Patientenübernahmen sind derzeit nur für die HZV-Verträge der **AOK, IKK classic, LKK, Bosch BKK**  
und 18 Betriebskrankenkassen der **BKK VAG** möglich.  
Patienten aller anderen Verträge müssen durch Ihre/n Nachfolger/in neu in die HZV eingeschrieben werden.

## Stammdaten Nachfolger

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel	LANR	BSNR (falls vorhanden)	HÄVG ID (falls vorhanden)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname			Vorname	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Straße				Hausnummer
<input type="text"/>				<input type="text"/>
PLZ	Ort			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Telefonnummer			Faxnummer	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

Wir werden uns mit ihrem Praxisnachfolger bezüglich der Patientenübernahme in Verbindung setzen.

**Unterschrift Vertragsarzt/ärztin**

(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen  
Vertreters erforderlich.)

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

**Stempel der Arztpraxis**