

Formular Praxisübergabe Hausarzt

Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß
§ 73b Abs. 4 S. 1 SGB V zwischen
dem BHÄV und der AOK Bayern



Per Fax an 01805 - 00 24 25 505

1. Stammdaten des Praxisübergabers

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel:	LANR:	BSNR:
Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefonnummer		Faxnummer	

2. Stammdaten des Praxisnachfolgers

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel:	LANR:	BSNR:
Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefonnummer		Faxnummer	

3. Erklärung zur Praxisübergabe und zur Teilnahme am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern**Vom Praxisübergaber auszufüllen**

Ich übergebe meine Praxis zum _____ an den in Punkt 2 genannten Hausarzt.

(Hinweis: Übergabezeitpunkt lt. Beschluss des Zulassungsausschusses)

Die bei mir im HzV-Vertrag 2015 eingeschriebenen Versicherten sollen ab diesem Zeitpunkt von dem in Punkt 2 genannten Praxisnachfolger betreut werden.

Ich beende zum Zeitpunkt der Praxisübergabe meine Teilnahme am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern.

Ich nehme weiterhin am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern teil.

Als Nachweis über die weitere Tätigkeit als Vertragsarzt/angestellter Arzt füge ich eine Kopie des entsprechenden Beschlusses des Zulassungsausschusses bei.

Vom Praxisnachfolger auszufüllen

Ich übernehme die Praxis des in Punkt 1 genannten Arztes zum: _____

(Hinweis: Übernahme- bzw. Übergabezeitpunkt lt. Beschluss des Zulassungsausschusses)

Eine Kopie des Beschlusses des Zulassungsausschusses bzw. des Arztregisterauszugs füge ich bei.

Ich nehme am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern teil seit/ab _____.

Ich nehme noch nicht am HzV-Vertrag 2015 der AOK Bayern teil. Das ausgefüllte Formular „Teilnahmeerklärung Hausarzt“ füge ich zusammen mit den entsprechenden Nachweisen bei.

Datum _____

Unterschrift und Vertragsarztstempel des Praxisübergabers	Unterschrift und Vertragsarztstempel des Praxisnachfolgers
--	---