Kündigung HZV-Verträge

Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung in Region Westfalen-Lippe gemäß § 73 b SGB V

Per E-Mail an hzv@hausaerzteverband-wl.de

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

☐ kassenärztlich tätig ☐ angestellte/r Hausärztin/Hausarzt

☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis (BAG) ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ

☐ Herr ☐ Frau

Titel

LANR

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Praxisadresse

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

BSNR

Privatadresse

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer

E-Mail

2. Ich kündige meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum

☐ alle HZV-Verträge oder

☐ AOK NORDWEST* ☐ TK, HEK, KKH, hkk* ☐ spectrumK* ☐ LKK* ☐ BAHN-BKK*

☐ Knappschaft* ☐ EK (Barmer, DAK) ☐ GWQ Hausarzt+* ☐ IKK classic* ☐ PHV AXA/Gothaer

* Die Teilnahme angestellter Hausärzte/Hausärztinnen ist an diesen HZV-Verträgen möglich. Sicherstellungs-/Entlastungsassistenten können **nicht** an den HZV-Verträgen teilnehmen.

3. Grund der Kündigung

☐ Ruhestand ☐ Anstellung ☐ Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit ☐ Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)

☐ Sonstiges:

Unterschrift Vertragsarzt / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis

Stand: Juli 2024