

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Finanzwesen  
Keßlerstr. 1  
76185 Karlsruhe

Fax 0711 7875-483910  
E-Mail: [aerztebuchhaltung@kvbawue.de](mailto:aerztebuchhaltung@kvbawue.de)

**Praxisübergabender/Stempel**

## Erklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Abschlagszahlungen an meinen Praxisnachfolger aufgrund meines bisherigen Honorarumsatzes geleistet werden können.

### Praxisübergabender

\_\_\_\_\_  
BSNR (Praxisübergabender)

\_\_\_\_\_  
LANR (Praxisübergabender)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Praxisnachfolger

\_\_\_\_\_  
BSNR (Praxisnachfolger)

\_\_\_\_\_  
LANR (Praxisnachfolger)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Ich habe/werde die Praxistätigkeit am/zum \_\_\_\_\_ aufgenommen/aufnehmen und werde die Praxistätigkeit mindestens im bisherigen Honorarumfang (Patienten und Leistungen) des Praxisübergabenden weiterführen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift