Vertragsarztstempel

zukünftige Postanschrift:

.....

.....

.....

Zulassungsausschuss für Ärzte bei der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
Postfach 2019
99401 Weimar

Erklärung des Verzichts auf die Zulassung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

Der Verzicht wird beantragt von ….....
Name

Auszug aus § 28 Abs. 1 Ärzte-ZV: Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Diese Frist kann verkürzt werden, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist.

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf meinen

O **vollen Versorgungsauftrag**[*)] O **hälftigen Versorgungsauftrag.**[*)]

In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen im Fachgebiet angeordnet sind, steht der Verzicht unter dem Vorbehalt der rechtskräftigen Zulassung des Praxisnachfolgers. Bis zu diesem Zeitpunkt kann die Praxistätigkeit fortgeführt werden. Wird kein Praxisnachfolger gefunden, endet die Zulassung nach Ablauf von **zwei Jahren** nach Eingang der Verzichtserklärung, wenn die Praxistätigkeit fortgeführt wird. Nach Ablauf der Zweijahresfrist endet die Zulassung mit dem darauffolgenden Quartalsende.

Eine Ausschreibung ist O ***beabsichtigt***[*)]
O ***nicht beabsichtigt***[*)], Ende der Tätigkeit
zum .....

O D E R

Hiermit erkläre ich den Verzicht in einem Planungsbereich, für den **keine** Zulassungsbeschränkungen im Fachgebiet angeordnet sind, zum _____ auf meinen

O **vollen Versorgungsauftrag**[*)] O **hälftigen Versorgungsauftrag**[*)]

O D E R

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf meinen

O **vollen Versorgungsauftrag**[*)] O **hälftigen Versorgungsauftrag**[*)]

O **zugunsten einer Anstellung bei einem** O **Vertragsarzt/Psychotherapeuten**[*)]
O **MVZ**[*)]

.....
Name und Anschrift des Vertragsarztes/Psychotherapeuten oder des MVZ angeben

Für den Fall, dass die Praxis nicht von einem Nachfolger übernommen wird, plane ich, die Patientenunterlagen unter folgender Anschrift

.....

abzulegen. Der Zugriff wird durch mich sichergestellt.

Mir ist bewusst, dass der Verzicht u n w i d e r r u f l i c h ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

*) Zutreffendes bitte ankreuzen