Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Posteingangsstempel

Erklärung des Verzichts auf die Zulassung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

Dieses Dokument kann elektronisch ausgefüllt und gespeichert werden.

.....
Titel, Vorname(n), Name(n) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten

.....
Praxisanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

....
BSNR LANR

Ich verzichte hiermit auf einen

- ◯ vollen Versorgungsauftrag (1,0)
- ◯ dreiviertel Versorgungsauftrag (0,75)
- ◯ hälftigen Versorgungsauftrag (0,5)
- ◯ viertel Versorgungsauftrag (0,25)

a) in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen im Fachgebiet angeordnet sind.

◯ Der Verzicht steht unter dem Vorbehalt der rechtskräftigen Zulassung des Praxisnachfolgers. Bis zu diesem Zeitpunkt wird die Praxistätigkeit fortgeführt.

oder

◯ Der Verzicht soll zum ..... erfolgen.

Eine Ausschreibung ist
◯ **beabsichtigt**
oder
◯ **nicht beabsichtigt**
Die Tätigkeit endet ohne Ausschreibungsverfahren zu o.g. Zeitpunkt.

ODER

b) in einem Planungsbereich, für den keine Zulassungsbeschränkungen im Fachgebiet angeordnet sind.

◯ Der Verzicht soll zum ..... erfolgen.

ODER

c) ◯ **zugunsten einer Anstellung bei einem** ◯ **Vertragsarzt/Psychotherapeuten**
◯ **MVZ**

.....
Name, Anschrift des übernehmenden Vertragsarztes/Psychotherapeuten bzw. MVZ

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.

.....
(PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

....
Ort Datum Unterschrift Antragsteller