

An den
Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapeuten
Zulassungsbezirk Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

KV-Stempel des Vertragsarztes

ANTRAG
 FOLGEANTRAG AUF RUHEN DER ZULASSUNG

Antragsteller*in: _____ KV-Abrechnungsnummer: 72 _____

Fachgruppe: _____

Praxisanschrift: _____

Verwaltungsbezirk: _____

Ich beantrage das Ruhen für:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> meine volle Zulassung | <input type="checkbox"/> eine Hälfte meiner vollen Zulassung |
| <input type="checkbox"/> meine dreiviertel Zulassung | <input type="checkbox"/> ein Viertel meiner vollen Zulassung |
| <input type="checkbox"/> meine hälftige Zulassung | <input type="checkbox"/> ein Viertel meiner dreiviertel Zulassung |

Im Zeitraum vom: _____ bis: _____

Begründung*:

*Bitte entsprechende Nachweise (z.B. ärztliches Attest, Nachweis über Schwangerschaft etc.) beifügen.

- Die bei Antragstellung zu entrichtende Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € sollen von meinem Honorarkonto abgebucht werden (nur bei Erstantrag möglich solange noch die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt).

Die bei Antragstellung zu entrichtende

- Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € habe ich am _____ überwiesen*.

Hinweis: Der Antrag ist rechtzeitig vor dem Ruhen der Zulassung zu stellen. Eine rückwirkende Genehmigung des Ruhens der Zulassung kann der Zulassungsausschuss nicht erteilen.

Berlin, den

Unterschrift/en