

An den
Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Verzicht

Hiermit erkläre ich, _____, meinen Verzicht
Vor- und Nachname in Druckbuchstaben, BSNR

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf die Zulassung zur vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit:

auf die volle Zulassung

auf die hälftige Zulassung

auf eine Hälfte der vollen Zulassung (Reduzierung von 1,0 Versorgungsauftrag auf 0,5 Versorgungsauftrag)

auf ein Viertel der Zulassung (Bitte beachten Sie, dass Sie nach dem Verzicht mit mindestens einem hälftigen Versorgungsauftrag weiterhin zugelassen sein müssen.)

**um meine Tätigkeit als Vertragsarzt*in/-psychotherapeut*in zu beenden
ohne Weitergabe des Vertragsarztsitzes (-anteils)**

mit Wirkung zum Quartalsende _____

Begründung: _____

(z. B. Umzug, Krankheit, wirtschaftl. Gründe, - Angabe freiwillig -)

**um meine Tätigkeit als Vertragsarzt*in/-psychotherapeut*in zu beenden
mit Weitergabe des Vertragsarztsitzes (-anteils)**

Der Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens gem. § 103 Abs. 3a SGB V – Praxisabgabe – liegt bei.

mit Wirkung zum Quartalsende _____

Der Verzicht wird **mit Bedingung** erklärt und soll erst wirksam werden, wenn die Zulassung des Nachfolgers bestandskräftig geworden ist. (Wird gegen die Zulassung des Nachfolgers Widerspruch eingelegt, wird der Verzicht grundsätzlich erst mit der Bestandskraft des Widerspruchsbescheides oder einer hierauf folgenden gerichtlichen Entscheidung wirksam.)

oder

Der Verzicht soll **ohne Bedingung** zum o.g. Zeitpunkt wirksam werden.

um mich als Arzt anstellen zu lassen

Der Verzicht soll erst nach erfolgter Genehmigung meiner Anstellung in der Vertragsarztpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft

(Name des/der anstellenden Arztes/-in in Druckbuchstaben)

bzw. in dem Medizinischen Versorgungszentrum

(Name des MVZ in Druckbuchstaben)

wirksam werden.

Absichtserklärung

Ich beabsichtige, in der Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis des/der Vorgenannten als genehmigte(r) angestellte(r) Ärzt*in/ Psychotherapeut*in für eine Dauer von mindestens drei Jahren ab Antritt der Angestelltenstelle tätig zu werden (s. BSG Urt. v. 04.05.2016 – B 6 KA 21/15 R).

Ort, Datum

Unterschrift + Vertragsarztstempel

Verzichtserklärung

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf die Zulassung zur vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Versorgung im o.g. Umfang.

Ort, Datum

Unterschrift + Vertragsarztstempel

Rechtsgrundlage: § 28 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

(1) Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahrs 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. Endet die Zulassung aus anderen Gründen (§ 95d Abs. 3 und 5 und § 95 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), so ist der Zeitpunkt ihres Endes durch Beschluss des Zulassungsausschusses festzustellen.

(2) Tatsachen, die das Ende der Zulassung bedingen, haben die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen dem Zulassungsausschuss mitzuteilen.

Nach Beendigung meiner Zulassung bitte ich sämtliche Post an folgende Privatadresse zu senden:

Ort, Datum

Unterschrift + Vertragsarztstempel