

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

## Verzichtserklärung

Hiermit erkläre ich, ....., meinen Verzicht

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben, BSNR

zum Ablauf des Quartals

...../.....

zum nächstmöglichen Quartalsende.

### Hinweis:

Diese Verzichtserklärung wird mit dem Zugang des unterschriebenen Originals beim Zulassungsausschuss wirksam. Sie können sich ab dem Zeitpunkt des Zugangs von Ihrer Erklärung grundsätzlich nicht mehr lösen. Wird der Verzicht aber unter einer der nachfolgenden Bedingungen (siehe Auswahlmöglichkeiten) erklärt, wird er nur wirksam, wenn die Bedingung eintritt.

Ich verzichte auf:

- meine volle Zulassung
- ein Viertel meiner vollen Zulassung (Reduzierung von voller Zulassung auf dreiviertel Zulassung)
- meine dreiviertel Zulassung
- meine hälftige Zulassung
- eine viertel Zulassung (Reduzierung von dreiviertel Zulassung auf hälftige Zulassung)
- eine Hälfte meiner vollen Zulassung

Für diesen Verzicht gilt:

Es ist ausschließlich **eine Art des Verzichtes** der folgenden Auswahlmöglichkeiten (1-3) anzukreuzen!

1. Verzicht **ohne** Bedingung

- Der Verzicht erfolgt ohne Bedingung.

2. Verzicht **mit** Bedingung

Ich möchte meine Praxis an einen Nachfolger abgeben. Der Verzicht erfolgt unter der Bedingung, dass ein Nachfolger für meine Praxis zugelassen wird und die Zulassung bestandskräftig wird.

Den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für meinen Vertragsarztsitz habe ich gestellt:

- ja
- nein

3. Verzicht **zugunsten einer Anstellung**

Ich möchte nach Verzicht auf die Zulassung als angestellter Vertragsarzt tätig werden.

Der Verzicht erfolgt unter der Bedingung, dass die Anstellung durch den Zulassungsausschuss genehmigt und diese auch bestandskräftig wird.

Ich werde als angestellter Vertragsarzt (mindestens 3 Jahre) in einer/einem tätig werden:

- Berufsausübungsgemeinschaft
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Vertragsarztpraxis

Name der Berufsausübungsgemeinschaft / des Medizinischen Versorgungszentrums / der Vertragsarztpraxis:

.....

Ort, Datum und Unterschrift

.....

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

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Vertragsarztstempel  
(unbedingt erforderlich)