

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Köln**

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:
Kammer I ☎ 0221 7763 33277
@ ZA.Kammer.1.KV27@kvno.de

Kammer II ☎ 0221 7763 33278
@ ZA.Kammer.2.KV27@kvno.de

Antrag auf Ruhen der Zulassung gem. § 26 Ärzte-ZV

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Fachgruppe: _____

BSNR: _____

Ich beantrage:

- das **vollständige** Ruhen meiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung
- das Ruhen **der Hälfte** meiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung
- das Ruhen **eines Viertels** meiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

Zeitraum des Ruhens:

vom _____ bis _____

Begründung des Antrages

(Bitte Nachweise beifügen: z. B. ärztliches Attest, aus dem sich die Dauer der Krankheit ergibt; Geburtsurkunde des Kindes; Mutterpass; Bestätigung der Weiterbildungsstätte etc.)

- Krankheit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Weiterbildung
- sonstiger Grund (bitte ausführliche Begründung beifügen)

Sprechzeiten (Nur bei anteiligem Ruhen der Zulassung erforderlich)

Während des Zeitraums des anteiligen Ruhens werde ich wie folgt vertragsärztlich tätig sein:

Montag	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:	von:	bis:
Freitag	von:	bis:	von:	bis:
Samstag	von:	bis:	von:	bis:
Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche:				

Hinweis:

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.

Jede Statusänderung bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann - wie auch jede sonstige Genehmigung - nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

Für diesen Antrag wird gem. § 46 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von 120 Euro erhoben. Nach Abschluss des Verfahrens werden wir die Gebühr von Ihrem Honorarkonto einbehalten.

Datum

Unterschrift

Name (bitte in Druckbuchstaben
oder Vertragsarztstempel)