

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf**

Kontakt:

KA I ☎ 0211 5970 - 9924

KA II ☎ 0211 5970 - 9924

@ Ausschreibung.KV24@kvno.de

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Verzichtserklärung und Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

Titel: _____

Name des Antragstellers: _____

geboren am: _____

Niedergelassen als: _____

Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift:

BSNR: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Berufsausübungsgemeinschaft
mit: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon / Fax: _____

Schriftwechsel über: Privatanschrift oder Praxisanschrift oder bevollmächtigter Vertreter

zusätzliche Möglichkeit: E-Mail

I. Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich gem. § 103 Abs. 3 a und Abs. 4 SGB V auf

- meinen vollen Versorgungsauftrag
oder
- meinen drei Viertel Versorgungsauftrag
oder
- einen hälftigen Versorgungsauftrag
oder
- einen viertel Versorgungsauftrag

unter der Bedingung der bestandskräftigen Ablehnung der Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens **oder** der bestandskräftigen Zulassung eines Nachfolgers.

II. Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 3 a und Abs. 4 SGB V

- Ausschreibung des
- vollen Versorgungsauftrages **oder**
 - drei Viertel Versorgungsauftrages **oder**
 - hälftigen Versorgungsauftrages **oder**
 - viertel Versorgungsauftrages

Geplantes Übergabequartal: . Quartal 20

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie bei Ihren Planungen, dass sich die Dauer des Nachbesetzungsverfahrens bis auf ein Dreivierteljahr belaufen kann.

Mein Wunschnachfolger ist: _____

Facharzt/-ärztin für _____

ggf. Schwerpunktbezeichnung _____

- Dabei handelt es sich um:
- meinen Ehegatten
 - meinen eingetragenen Lebenspartner
 - mein Kind
 - meinen Praxispartner
 - meinen angestellten Arzt
 - keine Person der o.g. Personengruppen

Für Berufsausübungsgemeinschaften:

Mein Wunschnachfolger/ein Nachfolger soll Partner der
Berufsausübungsgemeinschaft werden ja nein

III. Weitere Vorhaben

Ist in Ihrer Praxis eine gem. § 95 SGB V angestellte Person tätig (kein Jobsharing)?

- ja
- nein

Soll diese Anstellung mit ausgeschrieben werden?

- ja
- nein

Sind mit der beantragten Ausschreibung ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** relevant sind? Was ist Ihr Ziel? (z. B. weitere **Anträge an den Zulassungsausschuss**, die im Zusammenhang mit der Ausschreibung stehen, wie etwa Antrag auf Genehmigung einer Anstellung, Antrag auf Jobsharing)

nein

ja

welche?

Wir weisen darauf hin, dass ggf. ein gesonderter Antrag bezüglich des weiteren Vorhabens einzureichen ist.

IV. Hinweise zum Verzicht und zum Nachbesetzungsverfahren

Um zu gewährleisten, dass die Zulassung erhalten bleibt, wenn das Praxisübergabeverfahren scheitert, kann der Verzicht unter der Bedingung erklärt werden, dass die Zulassung nur enden soll, wenn ein Nachfolger auch tatsächlich rechtskräftig zugelassen wird oder die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens bestandskräftig abgelehnt wird.

Es ist nicht möglich, die Wirksamkeit des Verzichtes davon abhängig zu machen, dass ein bestimmter Nachfolger die Zulassung erhält.

Nach Genehmigung des Antrages durch den Zulassungsausschuss wird die Veröffentlichung der Ausschreibung durch die KV Nordrhein auf ihrer Homepage mit einer Bewerbungsfrist von zwei Wochen veranlasst. Der Zeitpunkt der Veröffentlichung sowie die zugehörige Chiffrenummer werden Ihnen mitgeteilt werden.

Für den Fall, dass der Versorgungsauftrag reduziert werden soll, kann ein Nachbesetzungsverfahren nur durchgeführt werden, wenn aufgrund des erklärten Verzichtes eine Zulassung im Umfang eines mindestens hälftigen Versorgungsauftrages bestehen bleibt.

Im Falle der Ausschreibung eines Sitzes im Umfang eines Viertel Versorgungsauftrages ist eine Bewerbung nur möglich, wenn der Bewerber bereits mindestens einen hälftigen Versorgungsauftrag innehat.

Für diesen Antrag wird gem. § 46 Abs. 1 c) der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von 120 Euro erhoben. Die Gebühr wird von Ihrem Honorarkonto einbehalten.

Datum

Unterschrift

Name (bitte in Druckbuchstaben
oder Vertragsarztstempel)