

**Geschäftsstelle**  
**Zulassungsausschuss**  
**Düsseldorf**

**Postanschrift**  
40182 Düsseldorf

Kontakt:  
KA I ☎ 0211 5970 - 9986  
@ [ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de)

KA II ☎ 0211 5970 - 9533  
@ [ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de)

Handelt es sich bei Ihrem Antrag um ein Formular für eine  
Chiffre-Nr./um eine Bewerbung auf eine Ausschreibung, senden Sie die  
Unterlagen bitte an das Postfach [Ausschreibung.KV24@kvno.de](mailto:Ausschreibung.KV24@kvno.de)

## Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der  
vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung

zum Ende des \_\_\_\_\_ Quartals 20\_\_\_\_ .

Privatanschrift für den zukünftigen Schriftverkehr:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

Falls zutreffend:

Ich bin mit einer Umschreibung in das für meinen Wohnort zuständige Arztregister  
einverstanden.

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Druckbuchstaben oder  
Vertragsarztstempel)

Bitte helfen Sie uns, indem Sie uns Informationen zur Weiterführung Ihrer Praxis  
bzw. zum Verbleib Ihres Patientenstammes geben.

Ich habe, bzw. werde meine Praxis weitergegeben an:

\_\_\_\_\_

Ich habe keinen Nachfolger gefunden, meine Patienten werden weiterbehandelt

durch: \_\_\_\_\_

Falls Sie Ihren Patientenstamm nicht übergeben konnten, wie können die Patienten  
an Ihre Patientenakte gelangen?