

Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:
KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de

Verzichtserklärung Viertel/hälftiger Versorgungsauftrag

Hiermit verzichte ich auf einen

viertel

oder

hälftigen

Versorgungsauftrag 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)

Hinweis:

Durch den erklärten Verzicht muss eine Zulassung im Umfang eines mindestens hälftigen Versorgungsauftrages bestehen bleiben. Bei vollständigem Verzicht nutzen Sie bitte das entsprechende dafür vorgesehene Verzichtsformular.

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?
