

# Beendigungserklärung Ermächtigung

**Wichtiger Hinweis!**

Bitte vor Ausdruck des Formulars  
den zuständigen Regierungsbezirk  
auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen
- Planungsbereich Baden-  
Württemberg (gesonderte  
fachärztliche Versorgung)

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

die Beendigung meiner Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

als Facharzt für \_\_\_\_\_

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en \_\_\_\_\_

für die Betriebsstätte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)