

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN
UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675
Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de

Austrittserklärung gem. § 2 Abs. 3 der ASV-Richtlinie

Angaben zur Austrittserklärung:

Name der Teamleitung:

ASV-Indikation:

Name des Austretenden:

Hiermit wird mit Wirkung vom _____ auf die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV verzichtet. Es ist bekannt, dass der erweiterte Landesausschuss aufgrund des Verzichts die ASV-Berechtigung widerrufen wird. Ab dem genannten Zeitpunkt wird versichert, dass keine ASV-Leistungen mehr erbracht und abgerechnet werden, auch wenn der Widerrufsbescheid mit dem Beschluss des erweiterten Landesausschuss noch nicht mitgeteilt und zugestellt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
(Austretender/Vertretungsberechtigter¹)

¹ Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Ergänzende Angaben bitte ausfüllen:

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt unter anderem eine bestimmte Zusammensetzung des interdisziplinären Teams voraus. Sollte das Ausscheiden Auswirkungen auf die Erfüllung der personellen Voraussetzungen der ASV-RL haben, wird die Versorgung im Fachgebiet _____ durch

die Vertretung durch:

das derzeitige Teammitglied:

die Neubenennung von

sichergestellt.

Bei Ausscheiden des Teamleiters wird folgendes Mitglied des Kernteams die Teamleitung übernehmen:

Name: _____