

¹Verzichtserklärung

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen die Erläuterungen zur Nummerierung auf dem Hinweisblatt.

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)

Name, Vorname: _____ Titel: _____

BSNR: _____

Facharztbezeichnung/en: _____

Schwerpunktbezeichnung/en: _____

²Vertragsarztsitz _____
(Ort, Straße, Hausnummer)

³Alternative 1: Verzicht unter Einhaltung der gesetzlichen Frist

Ich verzichte auf meine Zulassung mit

vollem Versorgungsauftrag hälftigem Versorgungsauftrag

entsprechend der gesetzlichen Frist mit Wirkung zum Ende des folgenden Kalendervierteljahres:

31.03.20__ 30.06.20__ 30.09.20__ 31.12.20__.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

⁴Alternative 2: Verzicht unter Verkürzung der gesetzlichen Frist

Ich verzichte abweichend von der gesetzlichen Frist auf meine Zulassung mit

vollem Versorgungsauftrag hälftigem Versorgungsauftrag

mit Ablauf vom: _____

und beantrage die Fristverkürzung unter Angabe folgender Gründe:

⁵Nachweise darüber, dass die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit über das angegebene Datum hinaus unzumutbar ist, sind beigefügt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Hinweisblatt zum Ausfüllen der umseitigen Verzichtserklärung

| | |
|---|--|
| <p>¹ Verzichtserklärung:</p> | <p>Die Verzichtserklärung ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung. Mit Eingang beim Zulassungsausschuss sind Sie an die Erklärung gebunden. Sie kann nicht mehr widerrufen werden, auch dann nicht, wenn Sie sich über die Wirksamkeit der Erklärung nicht im Klaren waren oder die Absichten, die Sie mit der Verzichtserklärung verbunden haben, sich nicht realisieren lassen. Insbesondere bei Praxisübernahmeverfahren empfehlen wir bzgl. des Abgabezeitpunkts die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses zu kontaktieren.</p> |
| <p>² Vertragsarztsitz:</p> | <p>Die Angabe des Vertragsarztsitzes beinhaltet Ort, Straße und Hausnummer.</p> |
| <p>³ Verzicht unter Einhaltung der gesetzlichen Frist:</p> | <p>In der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist geregelt, dass der Verzicht auf die Zulassung mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam wird. Dies bedeutet, dass die Zulassung zum Ende des anschließenden Quartals endet, nachdem die Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss eingegangen ist. Geht die Verzichtserklärung beispielsweise im 1. Quartal eines Jahres ein, endet die Zulassung nach der gesetzlichen Frist zum 30.06. desselben Jahres; entsprechend gilt: Eingang 2. Quartal - Ende der Zulassung 30.09. desselben Jahres, Eingang 3. Quartal - Ende der Zulassung 31.12. desselben Jahres, Eingang 4. Quartal - Ende der Zulassung 31.03. des folgenden Jahres.</p> <p>Bei Verzicht innerhalb eines Quartals oder zu einem anderen Datum als das Quartalsende ist die Verzichtserklärung unter Verkürzung der gesetzlichen Frist unter Nr. ⁴ auszufüllen.</p> |
| <p>⁴ Verzicht unter Verkürzung der gesetzlichen Frist:</p> | <p>In der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist geregelt, dass die gesetzliche Frist verkürzt werden kann, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist. Diese Erklärung ist von Ihnen dann auszufüllen, wenn Ihre Zulassung im selben Quartal enden soll, wie die Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss eingeht oder wenn Sie zu einem anderen Datum als das Quartalsende Ihre vertragsärztliche Tätigkeit beenden wollen.</p> <p>Mit Erklärung des Verzichts unter Verkürzung der gesetzlichen Frist ist ein entsprechender Antrag verbunden. Für den Antrag auf Fristverkürzung wird nach § 46 Abs. 1 lit. c) Ärzte-ZV mit Antragstellung eine Verfahrensgebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen.</p> |
| <p>⁵ Nachweise:</p> | <p>Soweit erforderlich, sind Nachweise darüber, dass Ihnen die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit über das angegebene Datum hinaus unzumutbar ist, beizufügen.</p> |

Dieses Hinweisblatt kann eine Rechtsberatung nicht ersetzen.