

# Beendigungserklärung Ermächtigung

**Wichtiger Hinweis!**  
Bitte vor Ausdruck des Formulars  
den zuständigen Regierungsbezirk  
auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen

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 Ablauf des: \_\_\_\_\_

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

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