

Praxisübernahmeverklärung im laufenden Verfahren auf Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis

Wichtiger Hinweis!

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

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

ZA-Vorgangsnummer: _____

Hiermit erklären wir unser gegenseitiges Einverständnis, dass die Vertragsarztpraxis von

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

am Vertragsarztsitz in

PLZ: _____ Ort: _____ Ortsteil: _____

Straße, Nr.: _____

im Landkreis/Stadtkreis: _____

mit Wirkung vom _____

durch

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Ortsteil: _____

Straße, Nr.: _____

im Rahmen des vor dem Zulassungsausschuss aktuell anhängigen Praxisübergabeverfahrens
gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übernommen und fortgeführt wird.

(Ort und Datum)

(Unterschrift Praxisabgeber / Praxisstempel)

(Ort und Datum)

(Unterschrift potenzieller Praxisnachfolger)

Hinweis: Der Unterzeichnung dieser Praxisübernahmeverklärung sollte ein von beiden
Vertragsparteien (Praxisabgeber und Praxisnachfolger) unterzeichneter Kaufvertrag über die
Vertragsarztpraxis zugrunde liegen.