

# Praxisübernahmeerklärung 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 Praxisübernahmeerklärung sollte ein von beiden  
Vertragsparteien (Praxisabgeber und Praxisnachfolger) unterzeichneter Kaufvertrag über die  
Vertragsarztpraxis zugrunde liegen.