



Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

## Erklärung des Verzichts auf die Zulassung

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

**Datenschutz:** Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

**Diese Verzichtserklärung wird mit dem Zugang des unterschriebenen Originals beim Zulassungsausschuss wirksam.** Sie können sich ab dem Zeitpunkt des Zugangs von Ihrer

➡ Erklärung grundsätzlich nicht mehr lösen. Wird der Verzicht aber unter einer der folgend vorgesehenen Bedingungen erklärt, wird er nur wirksam, wenn die Bedingung eintritt. **Bitte beachten Sie auch das "Informationsblatt zur Verzichtserklärung".**

**Damit die unverzügliche Ausschreibung Ihrer Praxis erfolgen kann, muss die schriftliche**

➡ **Erklärung über den Verzicht im Original bei der Geschäftsstelle vorliegen.** Diese sollte daher zusammen mit dem Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens bei der Geschäftsstelle eingereicht werden.

### Name des Praxisabgebers

(ggf. Titel) Vorname Name

Der Verzicht erfolgt:

zum **Ablauf** des Quartals

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quartal		Jahr			

zum nächstmöglichen Quartalsende

Ich verzichte auf :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> meine <b>volle</b> Zulassung                      | <input type="checkbox"/> ein <b>Viertel</b> meiner <b>vollen</b> Zulassung<br>(Reduzierung von <b>voller Zulassung auf dreiviertel Zulassung</b> ) |
| <input type="checkbox"/> meine <b>dreiviertel</b> Zulassung                |  |
| <input type="checkbox"/> meine <b>hälftige</b> Zulassung                   | <input type="checkbox"/> eine <b>viertel</b> Zulassung<br>(Reduzierung von <b>dreiviertel Zulassung auf hälftige Zulassung</b> )                   |
| <input type="checkbox"/> eine <b>Hälfte</b> meiner <b>vollen</b> Zulassung |  |

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt) wurde Ihre Zulassung erteilt?

Sind Sie ausschließlich psychotherapeutisch tätig?

- ja  
 nein

### Für diesen Verzicht gilt:

Es ist **ausschließlich eine Art des Verzichtes** der folgenden **Auswahlmöglichkeiten (1-3)** anzukreuzen!

#### 1. Verzicht ohne Bedingung

- Der Verzicht erfolgt ohne Bedingung.

#### 2. Verzicht mit Bedingung

Ich möchte meine Praxis / Versorgungsauftrag an einen Nachfolger abgeben.

- Der Verzicht erfolgt unter der Bedingung, dass ein Nachfolger den Versorgungsauftrag bestandskräftig übernimmt.

Den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für meinen Vertragsarztsitz habe ich gestellt:

- ja  
 nein

#### 3. Verzicht zugunsten einer Anstellung

Ich möchte nach Verzicht auf die Zulassung als angestellter Vertragsarzt tätig werden.

- Der Verzicht erfolgt unter der Bedingung, dass die Anstellung durch den Zulassungsausschuss genehmigt und diese auch bestandskräftig wird.

Ich werde als angestellter Vertragsarzt in einer/einem tätig werden:

- Berufsausübungsgemeinschaft

Name Berufsausübungsgemeinschaft

- Medizinisches Versorgungszentrum

Name Medizinisches Versorgungszentrum

- Vertragsarztpraxis

Name Vertragsarzt

Ort und Datum

Unterschrift