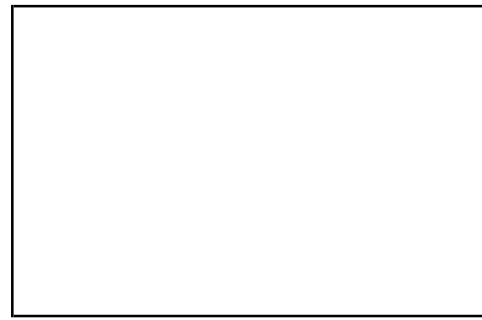


Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

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 Vertragspsychotherapeuten (einschließlich 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: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Bitte beachten Sie, dass mit diesem Antrag die Formulare "**Angaben zur Ausschreibung eines Vertragssitzes**" **und** "**Erklärung des Verzichts auf die Zulassung**" eingereicht werden müssen. Die Anträge finden Sie unter dem Stichwort "Ausschreibung / Nachbesetzungsverfahren" oder unter dem Stichwort "Nachbesetzungsverfahren" unter www.kvhh.net.

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 folgenden 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.

(Das Informationsblatt sowie den Antrag "Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens" finden Sie unter dem Stichwort "Ausschreibung / Nachbesetzungsverfahren" oder unter dem Stichwort "Nachbesetzungsverfahren" unter www.kvhh.net)

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

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunktbezeichnung) 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.

Hinweis: Ein unbedingter Verzicht kann **nicht** zurückgenommen werden.

2. Verzicht mit Bedingung

- Ich möchte meine Praxis / meinen 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 Arzt tätig werden in:

- einer Vertragsarztpraxis

Name Vertragsarztes

- einer Berufsausübungsgemeinschaft

Name Berufsausübungsgemeinschaft

- einem Medizinischen Versorgungszentrum

Name Medizinisches Versorgungszentrum

Mir ist bewusst, dass ich nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 04.05.2016, B 6 KA 21/15 R) die Absicht haben muss, mindestens drei Jahre im Rahmen der o.g. Anstellung tätig zu sein.

Hinweis: Der Antrag auf Anstellung muss von der anstellenden Praxis gestellt werden.

Ort und Datum

Unterschrift