

Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich

NAME, Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

gemäß §95 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 28 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte auf meine Zulassung. Ich beantrage das Ende meiner Zulassung der gesetzlichen Krankenkasse für den Vertragszahnarztsitz _____

Der Verzicht soll wirksam werden am _____

(In der Regel zum Quartalsende - letzter Arbeitstag)

Grund: _____

Vom Verzicht auf die Zulassung werde ich meine Patienten rechtzeitig unterrichten.

Die Weiterversorgung meiner (kieferorthopädischen) Patienten ist gewährleistet.

Ansonsten wird der Verzicht wirksam zum Ende des auf dem Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres.

Mit der Streichung aus dem Zahnarztregister der KZV RLP bin ich einverstanden. Ja Nein

1. Wohnsitz nach dem Ende der Zulassung:

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

private Telefonnummer _____

Meine Niederlassung in eigener Praxis gebe ich auf
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich führe meine Praxis als Privatpraxis weiter und habe die notwendigen
Formalitäten mit den Zahnärztekammern geregelt.

Meine Praxis wird übernommen von _____

(Für den Fall der Nichtzulassung des von mir oben namentlich benannten Praxisnachfolgers behalte ich mir ausdrücklich den Widerruf dieser Verzichtserklärung vor, da die vertragszahnärztliche Versorgung der Patienten in meiner Praxis auch weiterhin gewährleistet sein soll.)

Erklärung:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Verzichtserklärung eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung ist, die keine Annahme bedarf. Sie wird mit dem Zugang bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, frühestens zu dem von mir angegebenen Datum wirksam.

_____, den _____
(Unterschrift und ggf. Stempel)

Auszüge aus dem SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z)

§ 95 Abs. 7 SGB V

Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes.

§ 28 Abs. 1 Satz 1 und 2 ZV-Z

Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragszahnarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Diese Frist kann verkürzt werden, wenn der Vertragszahnarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist.

**ZULASSUNGS-AUSSCHUSS für Zahnärzte
in Rheinland-Pfalz**

Isaac-Fulda-Allee 2
55124 Mainz

Umgang mit der Patientenkartei bei Praxisaufgabe

Abrechnungsnummer:

Name/Vorname/Titel:

Praxisanschrift:

werden unter der folgenden Anschrift aufbewahrt:

Name/Vorname/Titel:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ich versichere, dass ich für eine ordnungsgemäße Aufbewahrung meiner Patientenkartei Sorge tragen werde, dass ich den ehemaligen Patienten meiner Praxis den Zugang zu ihrer Behandlungskartei ermögliche und der KZV Rheinland-Pfalz Änderungen des Aufbewahrungsortes mitteilen werde.

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift/Stempel