



## Verzichtserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abrechnungsnummer: \_\_\_\_\_

**Hiermit verzichte ich gemäß § 95 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 28 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte auf meine Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit.**

Ich möchte meine Zulassung am \_\_\_\_\_ beenden.  
(in der Regel zum Quartalsende)

Grund: \_\_\_\_\_

### Wohnsitz nach Beendigung der Zulassung:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

ggf. Telefon: \_\_\_\_\_

### **Zutreffendes bitte ankreuzen!:**

Meine Praxis gebe ich auf.

Meine Praxis soll weitergeführt werden.

**Meine Praxis soll übernommen werden 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.)

**Die Ü(BAG) / Praxisgemeinschaft mit** \_\_\_\_\_  
soll zum selben Zeitpunkt aufgelöst werden.

**Meine Patienten sind/werden über die Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit informiert.**

### Erklärung:

Mir ist bekannt, dass diese Verzichtserklärung eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung ist, die keiner Annahme bedarf. Sie wird mit dem Zugang bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, frühestens zu dem von mir angegebenen Datum wirksam.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und ggf. Stempel

### Hinweis zur Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) /

Erläuterung zu § 28 Abs. 1 und 2 ZÄ-ZV:

Der **Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung** des Vertragszahnarztes beim Zulassungsausschuss **folgenden Kalendervierteljahres wirksam**. (z.B. Zugang Verzicht bis 31.12. / Ende Zulassung am 31.03.) Der Zulassungsausschuss stellt dann den Verzicht auf die Zulassung fest.

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. Im Falle der Fristverkürzung/ Fristverlängerung handelt es sich um die gebührenpflichtige Beantragung der Beendigung der Zulassung. In diesem Fall hat der Zulassungsausschuss in einem Beschluss den Zeitpunkt der Beendigung der Zulassung festzulegen

## Einverständniserklärung zur Weitergabe von Zulassungs-, Niederlassungs- und Tätigkeitsdaten an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Abs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vom Zulassungsausschuss gefasste Beschlüsse (z.B. zur Zulassung, zur Beendigung der Zulassung, zur Verlegung des Praxissitzes, zur Beendigung von Berufsausübungsgemeinschaften, zur Genehmigung der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten bzw. deren Beendigung) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt.

Des Weiteren erkläre ich mein Einverständnis, dass vom Vorstand der KZV erteilte Genehmigungen (z.B. für Zweigpraxen, die Beschäftigung von Assistenten oder Vertretern) sowie Mitteilungen zu Unterbrechungen von Tätigkeiten (z.B. wegen Schwangerschaft, Elternzeit oder sonstigen Gründen) und Beendigungen von Tätigkeiten, sowie Änderungen persönliche Daten (z.B. Namensänderungen, Änderung der Privatadresse, Titel) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt werden.

Diese Einverständniserklärung ersetzt nicht Ihre **persönliche Pflicht**, die Zahnärztekammer unmittelbar selbst über die o. g. Sachverhalte zu informieren.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift