



Die Praxis soll von einem Mitglied des folgenden Personenkreises fortgeführt werden:

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
|   | Zutreffendes bitte<br>ankreuzen |
| • Ehegatten,  | <input type="radio"/>           |
| • Lebenspartner,  | <input type="radio"/>           |
| • Kind des bisherigen Vertragsarztes,   | <input type="radio"/>           |
| • Vertragsarzt der eine mindestens fünf Jahre dauernde Tätigkeit in einem Gebiet ausgeübt hat, für das der Landesausschuss das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,<br><i>(die vertragsärztliche Tätigkeit muss allerdings erstmals nach dem 23. Juli 2015 in einem solchen Gebiet aufgenommen worden sein)</i> | <input type="radio"/>           |
| • angestellten Arzt des bisherigen Vertragsarzteses,<br><i>(Anstellungsverhältnis muss mindestens drei Jahre bestanden haben, dieser Mindestzeitraum ist nicht für Anstellungsverhältnisse notwendig, die vor dem 5. März 2015 begründet wurden)</i>  | <input type="radio"/>           |

Es handelt sich um:

Titel:

Vorname: .....

Name: .....

Anschrift: .....

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

ggf. Arztstempel

.....

Unterschrift

Sehr geehrte(r) Antragssteller(in),

bitte nehmen Sie zum Verfahrensablauf und Verfahrensinhalten Kenntnis vom Merkblatt „Hinweise für den ausschreibenden Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten und die Bewerber“. Dieses finden Sie im Internetauftritt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt unter:

[http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/existenzgruendung/praxisuebernahme.html](http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/existenzgruendung/praxisuebernahme.html)