

## **Merkblatt**

### **Verzichtserklärung auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Praxisnachbesetzungsverfahren (§ 103 Abs. 4, 5 und 6 SGB V) (Für Ihre Unterlagen bestimmt)**

#### **I. ALLGEMEINE HINWEISE**

Der Verzicht auf die Zulassung ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die keiner Annahme bedarf und mit Zugang beim Zulassungsausschuss wirksam wird. Im Rahmen eines Praxisnachbesetzungsverfahrens kann die Verzichtserklärung mit der Bedingung der bestandskräftigen Zulassung eines Bewerbers verknüpft werden.

Die Übersendung der Verzichtserklärung im Original hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die Erklärung auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben.

#### **II. DATENSCHUTZ**

Die zur Bearbeitung Ihrer Erklärung erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:

[https://www.kvsa.de/ueber\\_uns/datenschutz\\_informationen.html](https://www.kvsa.de/ueber_uns/datenschutz_informationen.html)

# Verzichtserklärung auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Praxisnachbesetzungsverfahren

ZULASSUNGS-  
AUSSCHUSS  
SACHSEN-ANHALT

ZA

Zulassungsausschuss für Ärzte  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

**Das Formular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

## 1. ALLGEMEINE ANGABEN

**Titel:**

**BSNR:**

**Name:**

**Vorname(n):**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Vertragsarztsitzes:**

**E-Mail-Adresse:**

**Telefonnummer:**

## **2. ERKLÄRUNG**

**Hiermit erkläre ich unter dem Vorbehalt (der aufschiebenden Bedingung) der bestandskräftigen Zulassung eines Bewerbers im Praxisnachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V den Verzicht auf die Zulassung für meinen Vertragsarztsitz**

### **Antrag auf Verkürzung der Verzugsfrist<sup>1</sup>**

Gemäß § 28 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte wird der Verzicht auf die Zulassung mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Für den Fall, dass der vom Zulassungsausschuss ausgewählte Bewerber die vertragsärztliche Tätigkeit bereits vor Ablauf dieser Frist aufnimmt, beantrage ich die Fristverkürzung auf diesen Zeitpunkt.

### **Verzicht auf eine halbe Zulassung**

Ich erkläre dabei gegenüber dem Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt den Versorgungsauftrag nach § 19 a Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auf die Hälfte zu beschränken.

### **Verzicht auf eine Viertel Zulassung**

Ich erkläre dabei gegenüber dem Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt den Versorgungsauftrag nach § 19 a Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auf die Hälfte bzw. drei Viertel zu beschränken.

<sup>1</sup> Die aufschiebend bedingte Verzichtserklärung setzt die oben genannte Verzugsfrist erst mit Eintritt der Bedingung in Gang. Um zu erreichen, dass den Vertragsarzt ab dem Zeitpunkt der Praxisübergabe keine vertragsärztlichen Pflichten (wie z.B. Teilnahme am Notdienst) mehr treffen, sollte ein Antrag auf Fristverkürzung gestellt werden.

---

Ort, Datum

Name/Unterschrift des Antragstellers

