

Verzicht auf die Zulassung als Vertragszahnarzt

Ich erkläre den Verzicht auf meine Zulassung als Vertragszahnarzt

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Praxisanschrift:

Telefon:

E-Mail:

Privatanschrift:

Telefon:

E-Mail:

Die Zulassung endet nach § 28 Abs. 1 Z-ZV mit dem Ende des auf die Erklärung folgenden Kalendervierteljahres. Eine Verkürzung dieser Frist ist nur mit Begründung in Ausnahmefällen möglich und löst eine Verfahrensgebühr aus, ebenso der Verzicht zu einem anderen Termin. (Bitte beachten Sie auch die Regelung des Honorarverteilungsmaßstabes der KZV Sachsen.)

- a) Ich beende meine Zulassung als Vertragszahnarzt unter Einhaltung der gesetzlichen Frist mit Wirkung zum Ende des folgenden Kalendervierteljahres:

.....
Datum

- b) Ich beende meine Zulassung als Vertragszahnarzt unter Verkürzung der gesetzlichen Frist am:

.....
Datum

und beantrage die Fristverkürzung / Beendigung zu einem anderen Termin unter Angabe folgender Gründe:

.....
.....

Die Antragsgebühr von 120,00 € nach § 46 Abs. 1c Z-ZV bei Verzicht unter Verkürzung der gesetzlichen Frist oder zu einem anderen Termin ist auf das Konto der KZV Sachsen zu überweisen.

Die Gebühr habe ich am auf das Bankkonto der KZV Sachsen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank überwiesen, **IBAN:** DE28 3006 0601 0003 0929 84, **BIC:** DAAEDEDXXX, **Verwendungszweck:** Verzicht Zulassung

Erklärung bei Praxisübernahme

Praxisübernahme / Name des Praxisnachfolgers:.....

ein Praxisübernahmevertrag wurde abgeschlossen

Sollte keine Praxisübernahme stattfinden, bitte das **Formular „Umgang mit der Patientenkartei bei ersatzloser Praxisaufgabe“** (siehe Seite 2) ausfüllen und der Verzichtserklärung **beilegen!**

Praxisausstattung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur ist vorhanden und wird dem Praxisnachfolger zur Weiternutzung überlassen.

Vom Verzicht auf die Zulassung werde ich meine Patienten rechtzeitig unterrichten. Die Weiterversorgung meiner Patienten ist gewährleistet. Für den Fall, dass ich zu einem Notdienst nach meinem Verzicht eingeteilt wurde, Sorge ich für eine Notdienstübernahme durch einen anderen Vertragszahnarzt.

.....
Ort / Datum

.....
Stempel / Unterschrift

Umgang mit der Patientenkartei bei ersatzloser Praxisaufgabe

Die Patientenunterlagen meiner beendeten Praxis

Abrechnungsnummer:
Titel, Vorname, Name:
Praxisanschrift:

werden unter der folgenden Anschrift aufbewahrt:

Titel, Vorname, Name:
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 Sachsen Änderungen des Aufbewahrungsortes mitteilen werde.

.....
Ort / Datum

.....
Stempel / Unterschrift