

Praxisanschrift (Stempel)

Privatanschrift

(bei späterer Änderung bitte Arztregister informieren)

Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1 - 6
23795 Bad Segeberg

Verzichtserklärung bei Praxisausschreibung (bitte unbedingt im Original einreichen)

In Kenntnis der Tatsache, dass ich nachfolgende Erklärung nicht zurücknehmen kann, erkläre ich vorbehaltlich der bestandskräftigen Zulassung/Anstellung eines Nachfolgers durch den Zulassungsausschuss mit Wirkung ab

--	--	--	--	--	--

 den Verzicht auf meine

Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder

Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag

als _____ in _____.

(Ort und Datum)

(Unterschrift und Stempel)

Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst nach Verzicht auf Ihre Zulassung

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach der gültigen Notdienstsatzung über die Durchführung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes sind alle Vertragsärzte zur Teilnahme verpflichtet.

Darüber hinaus können auch andere Ärztinnen und Ärzte nach den Bestimmungen und Abschluss eines Dienstleistungsvertrages am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen. Zur haftungsrechtlichen Absicherung ist es gemäß § 3 Abs. 3 des Dienstleistungsvertrages erforderlich, dass eine Berufshaftpflichtversicherung mit einer Mindestdeckungssumme von 5 Mio. €/Jahr abgeschlossen und uns nachgewiesen wird.

Bitte beachten Sie, dass nach dem Verzicht auf die Zulassung eine Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst nur möglich ist, wenn ein gültiger Dienstleistungsvertrag mit der KVSH abgeschlossen worden ist.

Sollten Sie nach Ihrem Zulassungsverzicht am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen wollen, wenden Sie sich für weitere Informationen und ggf. zum Abschluss des Dienstleistungsvertrages an:

Frau Noreen Rethemeier - Tel. 04551 883-227, Fax -569 - E-Mail noreen.rethemeier@kvsh.de.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Notdienstabteilung