

Praxisanschrift (Stempel)

Privatanschrift

(bei späterer Änderung bitte Arztregister informieren)

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

Verzichtserklärung (bitte unbedingt im Original einreichen)

In Kenntnis der Fristen des § 28 Ärzte-ZV (siehe unten) und der Tatsache, dass ich nachfolgende Erklärung nicht zurücknehmen kann, erkläre ich mit Wirkung ab

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

den Verzicht auf die

Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder

Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag

als _____ in _____.

(Ort und Datum)

(Unterschrift und Stempel)

Gemäß § 28 Abs. 1 Ärzte-ZV wird der Verzicht auf die Zulassung mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. So entfaltet z. B. eine am 03.01. eines Jahres eingegangene Verzichtserklärung erst zum 30.06. ihre Wirkung. Diese Frist kann durch den Zulassungsausschuss verkürzt werden, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist.

Der Zulassungsausschuss wird die in diesem Zusammenhang vorgeschriebenen Gebühren in Höhe von 120,00 EUR nach der entsprechenden Beschlussfassung anfordern.

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