

# Merkblatt

## **Verzichtserklärung auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit**

(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. Der Vertragsarzt, der eine solche Erklärung abgegeben hat, kann sich von ihr grundsätzlich nicht mehr lösen.

Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahrs wirksam (§ 28 Abs. 1 Ärzte-ZV). (Geht z.B. die Verzichtserklärung am 15.02. beim Zulassungsausschuss ein, endet die Zulassung am 30.06. desselben Jahres.)

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. BEANTRAGUNG EINER FRISTVERKÜRZUNG**

Gemäß § 28 Abs. 1 Ärzte-ZV kann die Verzichtsfrist 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.

Bitte beachten Sie, dass die Fristverkürzung einer ausführlichen Begründung bedarf und **durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen ist**.

Gemäß § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr fällig, sobald Sie Ihre Verzichtserklärung bei gleichzeitiger Beantragung einer Fristverkürzung in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben.

Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag auf Fristverkürzung später zurücknehmen sollten.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg**  
**IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67**  
**BIC: DAAEDEDXXX**

Für Anträge in unterversorgten Gebieten oder Gebieten mit drohender Unterversorgung fällt keine Gebühr an, § 46 Abs. 4 Ärzte-ZV.

Bitte entnehmen Sie die gem. § 100 Abs. 1 SGB V unterversorgten Regionen dem jeweils aktuellen Beschluss des Landesausschusses auf der Homepage der KV Sachsen-Anhalt ([https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/foerdermittel.html](https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/foerdermittel.html)).

### **III. 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 erforderliche und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:

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

# Verzichtserklärung auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit



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

## Das Formular bitte vollständig ausfüllen!

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

<b>Titel:</b>	<b>BSNR:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>Vertragsarztsitzes</b>	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

### 2. ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Umfang eines

<b>vollen Versorgungsauftrages</b>	
<b>hälftigen Versorgungsauftrages</b>	
<b>viertel Versorgungsauftrages</b>	
<b>als</b>	
<b>Facharzt, ggf. mit Schwerpunktbezeichnung</b>	
Facharztbezeichnung	
Schwerpunktbezeichnung	
<b>mit Wirkung zum:</b>	(tt.mm.jjj).

### **3. BEANTRAGUNG EINER FRISTVERKÜRZUNG**

**Hiermit beantrage ich die Verkürzung der Verzichtsfrist auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit mit Wirkung zum:**

Detaillierte Begründung der Verkürzung (unter Vorlage entsprechender Nachweise)

Die Antragsgebühr zur **Verkürzung der Verzichtsfrist** in Höhe von € 120,-- wurde überwiesen am (tt.mm.jjjj)

**Angaben für Ihre Überweisung:**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg

IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67

BIC: DAAEDEDXXX

**Verwendungszweck:**

ZA-A-008 / ZA / Name, Vorname Antragsteller

Ein Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr liegt bei.

---

Ort, Datum

Name/Unterschrift des Antragstellers

