

Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses
für Vertragszahnärzte**Zulassungsbezirk****Verzicht auf die Zulassung als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt****1. Antragstellerin/Antragsteller**

Ich verzichte hiermit auf meine Zulassung als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt

zum _____

Titel, Name ,Vorname _____

Praxisanschrift _____

Abrechnungs-Nr. _____

Privatanschrift _____

Telefon privat _____

E-Mail _____

Nach Beendigung der Zulassung als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt

- bin ich weiterhin in eigener Praxis privat Zahnärztlich tätig
- Eine neue Zulassung / eine Anstellung als angestellte Zahnärztin / angestellter Zahnarzt ist geplant

Praxisanschrift _____

2. Praxisnachfolge

- Die Praxis wird übergeben an _____

3. Zahnarztregister

- im Zuge des Verzichtes auf die Zulassung beantrage ich die Streichung aus dem Zahnarztregister gemäß §7a Zahnärzte-ZV.

4. Patientenunterlagen

Krankenblätter und Röntgenaufnahmen sind 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung bei der Aufgabe/Übergabe der Praxis aufzubewahren. Es muss sichergestellt sein, dass die nachbehandelnden Zahnärzte mit Zustimmung des Patienten Zugang zu diesen Patientenunterlagen haben.

Nach Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit werden die Patientenunterlagen wie folgt aufbewahrt:

- Praxisnachfolger
- Die Praxis wird an keinen Nachfolger übergeben

Aufbewahrungsort der Patientenunterlagen _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Kollegen und Patienten erreichen mich wie folgt:

Ort, Datum

Unterschrift (eigenhändig)

Praxisstempel