Verzichtserklärung

Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Telefax: 0331 – 2977 308
E-Mail: zulassung@kzvlb.de

Hiermit verzichte ich (Name) _____

Praxisanschrift _____

Abrechnungsnummer _____

mit Ablauf des _____ (Datum letzter Tag)

gemäß § 95 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 28 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte auf meine Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit.

Grund _____

Die Weiterversorgung meiner kieferorthopädischen Patienten ist gewährleistet.
Vom Verzicht auf die Zulassung werde ich meine Patienten rechtzeitig unterrichten.

☐ Meine Niederlassung in eigener Praxis gebe ich auf

☐ Ich bin an die Telematikinfrastruktur angebunden und habe einen Praxisausweis (SMC-B)
Hinweis: Mir ist bekannt, das die KZV Land Brandenburg gemäß ihrer Antrags-, Nutzungs- u. Sperrregelungen für den elektronischen Praxisausweis (SMC-B) mit Bestandskraft der Entscheidung des Zulassungsausschusses über das Ende der Zulassung verpflichtet ist, den Praxisausweis zu sperren.

☐ Meine Praxis wird übernommen von _____

Erklärung:
Mir ist bekannt, dass diese Verzichtserklärung eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung ist, die keiner Annahme bedarf. Sie wird mit dem Zugang bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, frühestens zu dem von mir angegebenen Datum wirksam.

Wohnsitz bzw. Erreichbarkeit nach dem Ende der Zulassung:

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

priv. Telefonnummer /Mobil / E-Mail _____

Hinweis zur Berufshaftpflicht: Ein Fehler aus Ihrer aktiven freiberuflichen Berufstätigkeit kann unter Umständen nach Abgabe der Zulassung zu Schadensersatzansprüchen führen. Ein Versicherungsschutz ist daher auch nach Aufgabe Ihrer Praxis notwendig. Bitte prüfen Sie den Vertrag Ihrer Berufshaftpflicht. In neueren Versicherungsverträgen ist oftmals bereits eine (drei- bis fünfjährige) Nachhaftungsversicherung bei Berufsaufgabe enthalten. Bei älteren Verträgen sollten Sie vor Aufgabe Ihrer Praxis beim Versicherer nachfragen und wenn kein Schutz für den Ruhestand besteht, ist der Abschluss eines zusätzlichen Vertrages sinnvoll. Für Zahnärzte, die auch im Ruhestand noch gelegentlich zahnärztlich tätig sind (zum Beispiel als Praxisvertreter), bietet sich zur Absicherung der dabei vorgenommenen Behandlungen zusätzlich eine sogenannte Ruhestandsversicherung an, die u.U. mit der Nachhaftungsversicherung kombiniert werden kann. Fragen Sie hierzu Ihren Versicherer.

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt