

§ 28 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte*

(1) Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Diese Frist kann 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. Endet die Zulassung aus anderen Gründen (§ 95 Abs. 7 des SGB V), so ist der Zeitpunkt des Endes durch Beschluss des Zulassungsausschusses festzustellen.

Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) von Schallen

„§ 623 Bei dem Verzicht auf die Zulassung handelt es sich um eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die keiner Annahme bedarf und deshalb mit Zugang beim Zulassungsausschuss wirksam wird. Das bedeutet, dass der Arzt, der eine entsprechende Erklärung abgegeben hat, sich von ihr nicht mehr lösen kann.

§ 624 Der gegenüber dem Zulassungsausschuss erklärte Verzicht wird also auch dann wirksam, wenn sich der Vertragsarzt über die Wirksamkeit der Verzichtserklärung nicht im Klaren war oder die Absichten, die für die Abgabe der Verzichtserklärung maßgebend waren, sich nicht haben realisieren lassen (z.B. Fehlschlagen der Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes).“

* Psychotherapeuten/Verzichtserklärung gilt auch für die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit

Verzichtserklärung

voller Versorgungsauftrag

häftiger Versorgungsauftrag

In Kenntnis des § 28 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte gebe ich gegenüber dem Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg folgende Erklärung ab:

Hiermit verzichte ich **entsprechend § 28 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte** auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

o d e r

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

und beantrage die Verkürzung der Frist auf den.....

Begründung:
.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift/Praxisstempel

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die KVBB (Art. 13 und 14 DSGVO) können Sie unter <http://www.kvbb.de/datenschutz> einsehen.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen sollten, senden wir Ihnen diese gerne postalisch zu.