

**Geschäftsstelle  
Zulassungsausschuss  
Köln**

**Postanschrift**  
40182 Düsseldorf

Kontakt:  
**Kammer I** ☎ 0221 7763 33277  
@ [ZA.Kammer.1.KV27@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.1.KV27@kvno.de)

**Kammer II** ☎ 0221 7763 33278  
@ [ZA.Kammer.2.KV27@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.2.KV27@kvno.de)

### **Verzichtserklärung Viertel/hälftiger Versorgungsauftrag**

Hiermit verzichte ich auf einen

viertel

**oder**

hälftigen

Versorgungsauftrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung  
zum Ende des \_\_\_\_\_ Quartals 20\_\_\_\_ .

Privatanschrift für den zukünftigen Schriftverkehr:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

Falls zutreffend:

Ich bin mit einer Umschreibung in das für meinen Wohnort zuständige Arztregister  
einverstanden.

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Druckbuchstaben oder  
Vertragsarztstempel)

#### **Hinweis:**

Durch den erklärten Verzicht muss eine Zulassung im Umfang eines mindestens  
hälftigen Versorgungsauftrages bestehen bleiben. Bei vollständigem Verzicht nutzen  
Sie bitte das entsprechende dafür vorgesehene Verzichtsformular.

Bitte helfen Sie uns, indem Sie uns Informationen zur Weiterführung Ihrer Praxis bzw. zum Verbleib Ihres Patientenstammes geben.

Ich habe, bzw. werde meine Praxis weitergegeben an:

\_\_\_\_\_

Ich habe keinen Nachfolger gefunden, meine Patienten werden weiterbehandelt

durch: \_\_\_\_\_

Falls Sie Ihren Patientenstamm nicht übergeben konnten, wie können die Patienten an Ihre Patientenakte gelangen?

\_\_\_\_\_