

**Geschäftsstelle  
Zulassungsausschuss  
Köln**

Postanschrift:  
40182 Düsseldorf

Kontakt:  
**Kammer Psychotherapie** ☎ 0221 7763 33279  
@ZA.Kammer.Psychotherapie@kvno.de

## Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung 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)

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?

\_\_\_\_\_