

# Verzichtserklärung

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne  
an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511  
-507  
-596  
-510

Hiermit verzichte ich \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

für den Vertragszahnarztstuhl in \_\_\_\_\_  
komplette Praxisanschrift

gem. § 95 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 28 Abs. 1 ZÄ-ZV auf meine vertragszahnärztliche Zulassung bzw. Teilzulassung.

## Rückgabe der vertragszahnärztlichen Zulassung zum:

\_\_\_\_\_ (in der Regel zum Monatsende bzw. vorzugsweise zum Quartalsende)

Der Zulassungsausschuss weist auf das Urteil des SG Marburg (S 12 KA 261/09) hin, wonach für die Zulassungsgremien keine gesetzliche Möglichkeit besteht, dem Verzicht auf die Zulassung eine rückwirkende Wirkung zuzumessen.

## Grund des Verzichtes:

\_\_\_\_\_

## Wohnsitz bzw. Erreichbarkeit nach Ende der Zulassung:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit / E-Mail / Telefon: \_\_\_\_\_

## Bitte zutreffendes ankreuzen:

Meine Niederlassung in eigener Praxis als Vertragszahnarzt/-ärztin **gebe ich auf**

Ich führe meine Praxis als **Privatpraxis** weiter

Meine Praxis wird bzw. wurde **übernommen**

von \_\_\_\_\_

## ERKLÄRUNG:

Ich bin darauf hingewiesen worden, 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.

**E-Mail-Adresse des Antragsstellers:** \_\_\_\_\_  
**für evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.**

ABE-Praxisstempel:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift:

## Auszüge aus dem SGB V und der ZÄ-ZV

**§ 95 Abs. 7 SGB V:** Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Vertragszahnarztstuhls. **§ 28 Abs. 1 Satz 1+2 ZÄ-ZV:** Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragszahnarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Diese Frist kann verkürzt werden, wenn der Vertragszahnarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist.

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).