

¹Verzichtserklärung

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen die Erläuterungen zur Nummerierung auf dem Hinweisblatt.

Wichtiger Hinweis!

Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen

Name, Vorname: _____ Titel: _____

BSNR: _____

Psychologischer Psychotherapeut Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

²Vertragspsychotherapeutensitz (Ort, Straße, Hausnummer)

³Alternative 1: Verzicht unter Einhaltung der gesetzlichen Frist

Ich verzichte auf meine Zulassung für einen

vollen drei Viertel* hälftigen* viertel* Versorgungsauftrag

* Diese Möglichkeit ist nur gegeben, wenn nach der Verzichtserklärung keine Zulassung mit einem Viertel Versorgungsauftrag verbleibt.

entsprechend der gesetzlichen Frist mit Wirkung zum Ende des folgenden Kalendervierteljahres:

31.03.20__ 30.06.20__ 30.09.20__ 31.12.20__.

OPTIONAL:

- Der Verzicht wird unter der Bedingung erklärt, dass ein Nachfolger zur Fortführung meiner ausgeschriebenen Praxis im laufenden Praxisübergabeverfahren zugelassen wird.
- Ein Nachbesetzungsverfahren für meine Praxis wurde bzw. wird umgehend beantragt. Ich erkläre aber ohne abgeschlossenes Praxisübergabeverfahren bereits jetzt den Verzicht auf die Zulassung und beende meine vertragspsychotherapeutische Tätigkeit zu oben angegebenem Datum.
- Ein Nachbesetzungsverfahren für meine Praxis wird nicht beantragt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

4Alternative 2: Verzicht unter Verkürzung der gesetzlichen Frist

Ich verzichte abweichend von der gesetzlichen Frist auf meine Zulassung für einen

vollen drei Viertel* hälftigen* viertel* Versorgungsauftrag

* Diese Möglichkeit ist nur gegeben, wenn nach der Verzichtserklärung keine Zulassung mit einem Viertel Versorgungsauftrag verbleibt.

mit Ablauf vom: _____

und beantrage die Fristverkürzung unter Angabe folgender Gründe:

_____.

⁵Nachweise darüber, dass die Ausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit über das angegebene Datum hinaus unzumutbar ist, sind beigefügt.

OPTIONAL:

Der Verzicht wird unter der Bedingung erklärt, dass ein Nachfolger zur Fortführung meiner ausgeschriebenen Praxis im laufenden Praxisübergabeverfahren zugelassen wird.

Ein Nachbesetzungsverfahren für meine Praxis wurde bzw. wird umgehend beantragt. Ich erkläre aber ohne abgeschlossenes Praxisübergabeverfahren bereits jetzt den Verzicht auf die Zulassung und beende meine vertragspsychotherapeutische Tätigkeit zu oben angegebenem Datum.

Ein Nachbesetzungsverfahren für meine Praxis wird nicht beantragt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Hinweisblatt zum Ausfüllen der Verzichtserklärung

| | |
|---|--|
| <p>¹ Verzichtserklärung:</p> | <p>Die Verzichtserklärung ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung. Mit Eingang beim Zulassungsausschuss sind Sie an die Erklärung gebunden. Sie kann nicht mehr widerrufen werden, auch dann nicht, wenn Sie sich über die Wirksamkeit der Erklärung nicht im Klaren waren oder die Absichten, die Sie mit der Verzichtserklärung verbunden haben, sich nicht realisieren lassen. Insbesondere bei Praxisübernahmeverfahren empfehlen wir bzgl. des Abgabezeitpunkts das Team Psychotherapeutische Zulassungsverfahren (Mail an: psychotherapie@kvbawue.de) zu kontaktieren. In diesem Fall kann der Verzicht bedingt erklärt werden.</p> |
| <p>² Vertragsarztsitz:</p> | <p>Die Angabe des Vertragsarztsitzes beinhaltet Ort, Straße und Hausnummer.</p> |
| <p>³ Verzicht unter Einhaltung der gesetzlichen Frist:</p> | <p>In der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist geregelt, dass der Verzicht auf die Zulassung mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam wird. Dies bedeutet, dass die Zulassung zum Ende des anschließenden Quartals endet, nachdem die Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss eingegangen ist. Geht die Verzichtserklärung beispielsweise im 1. Quartal eines Jahres ein, endet die Zulassung nach der gesetzlichen Frist zum 30.06. desselben Jahres; entsprechend gilt: Eingang 2. Quartal - Ende der Zulassung 30.09. desselben Jahres, Eingang 3. Quartal - Ende der Zulassung 31.12. desselben Jahres, Eingang 4. Quartal - Ende der Zulassung 31.03. des folgenden Jahres.</p> <p>Bei Verzicht innerhalb eines Quartals oder zu einem anderen Datum als das Quartalsende ist die Verzichtserklärung unter Verkürzung der gesetzlichen Frist unter Nr. ⁴ auszufüllen.</p> |
| <p>⁴ Verzicht unter Verkürzung der gesetzlichen Frist:</p> | <p>In der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist geregelt, dass die gesetzliche Frist verkürzt werden kann, wenn der Vertragsarzt/-psychotherapeut nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist. Diese Erklärung ist von Ihnen dann auszufüllen, wenn Ihre Zulassung im selben Quartal enden soll, wie die Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss eingeht oder wenn Sie zu einem anderen Datum als das Quartalsende Ihre vertragspsychotherapeutische Tätigkeit beenden wollen.</p> <p>Mit Erklärung des Verzichts unter Verkürzung der gesetzlichen Frist ist ein entsprechender Antrag verbunden. Für den Antrag auf Fristverkürzung wird §§ 1 Abs. 3 Nr. 1, 46 Abs. 1 lit. c) Ärzte-ZV mit Antragstellung eine Verfahrensgebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen.</p> |
| <p>⁵ Nachweise:</p> | <p>Soweit erforderlich, sind Nachweise darüber, dass Ihnen die Ausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit über das angegebene Datum hinaus unzumutbar ist, beizufügen. Diese Nachweise müssen bei einer nahtlosen Praxisübergabe an einen Nachfolger nicht eingereicht werden.</p> |

Dieses Hinweisblatt kann eine Rechtsberatung nicht ersetzen.

Stand: 02/2025