

# Antrag auf Genehmigung des Ruhens der Zulassung

**Wichtiger Hinweis!**  
Bitte vor Ausdruck des Formulars  
den zuständigen Regierungsbezirk  
auswählen (Ort des Praxissitzes).

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

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

Vertragsarztsitz:

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

im Landkreis/Stadtkreis: \_\_\_\_\_

Privatadresse:

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

das Ruhen meiner vertragsärztlichen Zulassung für den

vollen  drei Viertel\*  hälftigen\*  viertel\* Versorgungsauftrag

\* Diese Möglichkeit ist nur gegeben, wenn mit dem anteiligen Ruhen der Zulassung kein Viertel Versorgungsauftrag verbleibt.

als Facharzt für \_\_\_\_\_

mit Wirkung vom 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.

Die Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit ist beabsichtigt am 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich begründe meinen Antrag unter Vorlage entsprechender Nachweise (bei Ruhen aus gesundheitlichen Gründen bitte Attest beilegen) wie folgt:

---

---

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift / Praxisstempel)

**Hinweis:**

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.