



Ressort Vertragsärztliche Versorgung
 Zulassungsausschuss Ärzte Dresden
 Postfach 11 64
 09070 Chemnitz

**Erklärung zur Beschränkung
 des Versorgungsauftrages (Teilzulassung)**

1. Zulassungsinhaber/Praxisinhaber

.....
 Titel, Name, Vorname Praxisinhaber

.....
 Anschrift Betriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

.....
 Fachgebietsbezeichnung

2. Erklärung Beschränkung Versorgungsauftrag (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV)

aktueller Versorgungsauftrag	zukünftiger Versorgungsauftrag	
	0,75	0,5
1,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Beschränkung des Versorgungsauftrages soll ab dem
 wirksam werden.

- Die Reduzierung erfolgt **ohne** Weitergabe des frei werdenden Versorgungsauftrages an einen Nachfolger/für die Realisierung einer Anstellung.
- Die Reduzierung soll mit der Weitergabe des frei werdenden Versorgungsauftrages an einen Nachfolger/für die Realisierung einer Anstellung erfolgen.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift/Stempel