



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