



Zulassungsausschuss - Ärzte - Dresden  
Postfach 10 06 41  
01076 Dresden

## Beendigung der Anstellung eines Arztes

### 1. Antragsteller

.....  
Name Praxisinhaber oder MVZ

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

### 2. angestellter Arzt

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebietsbezeichnung

### 3. Beendigung der Anstellung

Vollzeit                       Teilzeit

Beendigungsdatum: .....

### 4. Verzicht Nachbesetzung

JA                                       NEIN

**Hinweis:** Grundsätzlich besteht ein sechsmonatiges Nachbesetzungsrecht. Während dieser Zeit besteht die Pflicht zur Teilnahme der Praxis am ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Berücksichtigung des nachbesetzungsfähigen Arztsitzes fort, es sei denn, auf die Möglichkeit zur Nachbesetzung wird verzichtet.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift  
SI\_ANSTA\_Ende (03/18)