



Zulassungsausschuss Ärzte Dresden  
Postfach 10 06 41  
01076 Dresden

### 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