



Zulassungsausschuss Ärzte Dresden (Psychotherapie)
Postfach 10 06 41
01076 Dresden

Erklärung zur Beschränkung des Versorgungsauftrages (Teilzulassung)

1. Zulassungsinhaber/Praxisinhaber

.....
Praxisinhaber (Titel, Name, Vorname)

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

.....
Fachgebietsbezeichnung

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

aktueller Versorgungsauftrag	<u>zukünftiger</u> 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