

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Telefon: 0351 8053-416
E-Mail: zulassung@kzv-sachsen.de
poststelle@kzv-sachsen.kim.telematik

Eingang Geschäftsstelle

Verzicht auf die Zulassung als Vertragszahnarzt

Ich erkläre den Verzicht auf meine Zulassung als Vertragszahnarzt

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Praxisanschrift:

Telefon:

E-Mail:

Privatanschrift:

Telefon:

E-Mail:

1) Die Zulassung endet nach § 28 Abs. 1 Z-ZV mit dem Ende des auf die Erklärung folgenden Kalendervierteljahres. Eine Verkürzung dieser Frist ist nur mit Begründung in Ausnahmefällen möglich und löst eine Verfahrensgebühr aus, ebenso der Verzicht zu einem anderen Termin.

Ich beende meine Zulassung als Vertragszahnarzt unter Einhaltung der gesetzlichen Frist mit Wirkung zum Ende des folgenden Kalendervierteljahres.

Ich beende meine Zulassung als Vertragszahnarzt unter Verkürzung der gesetzlichen Frist / Beendigung zu einem anderen Termin am:

.....

unter Angabe folgender Gründe:

.....

Die Antragsgebühr von 120,00 € nach § 46 Abs. 1c Z-ZV bei Verzicht unter Verkürzung der gesetzlichen Frist oder Beendigung zu einem anderen Termin habe ich am

.....auf das Bankkonto der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank überwiesen,
IBAN: DE28 3006 0601 0003 0929 84, BIC: DAAEDEDXXX,
Verwendungszweck: Verzicht Zulassung

2) **Erklärung zum Notdienst** (Bitte um Beachtung der Erläuterungen im Merkblatt zum Verzicht!)

- Ich habe die Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit rechtzeitig angezeigt und bin nicht zum Notdienst eingeteilt.
- Ich bin nach dem Beendigungszeitpunkt an folgenden Terminen zum Notdienst eingeteilt:

.....
.....
.....

Eine Notdienstübernahme ist wie folgt sichergestellt (Termin und Name der übernehmenden Praxis):

.....
.....
.....

3) **Erklärung zur Praxisübernahme**

- Es findet keine Praxisübernahme statt.
Über den Verzicht auf die Zulassung und die künftige Verwahrung der Patientenunterlagen werde ich meine Patienten rechtzeitig unterrichten.

Ich habe das **Formular „Umgang mit der Patientenkartei bei ersatzloser Praxisaufgabe“** (siehe Seite 3) ausgefüllt und der Verzichtserklärung beigelegt.

- Es findet eine Praxisübernahme statt.
Name des Praxisnachfolgers:
- Es wurde ein Praxisübernahmevertrag abgeschlossen.

.....
Ort / Datum

.....
Stempel / Unterschrift

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
Telefax 0351 8053-417
E-Mail zulassung@kzv-sachsen.de

Umgang mit der Patientenkartei bei ersatzloser Praxisaufgabe

Die Patientenunterlagen meiner beendeten Praxis

Abrechnungsnummer:
Titel, Vorname, Name:
Praxisanschrift:

werden unter der folgenden Anschrift aufbewahrt:

Titel, Vorname, Name:
Anschrift:
Telefon:
E-Mail:

Auszug aus der Berufsordnung der LZK Sachsen §12 Abs. 4 und 5:

(4) Der Zahnarzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen in die ihn betreffenden zahnärztlichen Dokumentationen Einsicht zu gewähren. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

(5) Nach Aufgabe oder Übergabe der Praxis hat der Zahnarzt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen seine zahnärztlichen Dokumentationen aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie ordnungsgemäß verwahrt werden. Zahnärzten, denen bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe zahnärztliche Dokumentationen in Verwahrung gegeben werden, müssen diese Unterlagen getrennt von den eigenen Unterlagen unter Verschluss halten und dürfen sie nur mit Einverständnis der Betroffenen einsehen oder weitergeben.

.....
Ort / Datum

.....
Stempel / Unterschrift