



**Erklärung über die Beschränkung des Versorgungsauftrages
nach § 19a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV im Rahmen der Zulassung
zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Facharztbezeichnung und ggfs. sonstige Bezeichnungen:	
--	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

BSNR:	
--------------	--

Derzeitiger Umfang des Versorgungsauftrags:

- voll drei Viertel

**Ich erkläre, meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
nach § 19a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV auf folgenden Versorgungsauftrag zu beschränken.**

- drei Viertel hälftig

mit Ablauf des:	
------------------------	--

- mit der Maßgabe der rechtskräftigen Zulassung / Anstellung eines Praxisnachfolgers für
meinen Vertragsarztsitz / Praxisanteil.

Ort, Datum

Unterschrift