



**Beendigung der Zulassung
zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung**

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

LANR:	
--------------	--

**Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der
vertragstherapeutischen Versorgung als**

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

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

- mit der Maßgabe der rechtskräftigen Zulassung/Anstellung eines
Praxisnachfolgers für meinen Vertragstherapeutensitz/Praxisanteil**

Wohnort nach Beendigung der vertragstherapeutischen Tätigkeit:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

(Ort, Datum)

Unterschrift