

Posteingangsstempel

Antrag auf Ruhen der Zulassung

Antragsteller: Vertragsarzt/Psychotherapeut MVZ

Angaben zum Arzt/Psychotherapeut:

Titel, Name, Vorname:

Fachgebiet:

Beantragt wird gemäß § 26 Ärzte-ZV i. V. m. § 95 Abs. 5 SGB V das

- hälftige Ruhen
- vollständige Ruhen

vom: bis:

da, die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufgenommen werden kann

Gründe:

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

die vertragsärztliche Tätigkeit nicht ausgeübt werden kann

Gründe:

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

Wird der Antrag aus gesundheitlichen Gründen gestellt, bitte ärztliches Attest beifügen.

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

.....
Datum, Unterschrift
antragstellender Arzt

.....
bei angestellten Ärzten
Unterschrift anstellender Vertragsarzt/Geschäftsführer

.....
Vertragsarztstempel