_____
Vor- und Nachname

_____
Praxisanschrift

_____
Abrechnungsnummer

Zulassungsausschuss
für Zahnärzte in Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Fax: 030 89004-46353
E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de

Bitte beachten Sie:

Mit Eingang dieser Erklärung in der Geschäftsstelle ist Ihre Zulassung zu dem von Ihnen angegebenen Datum beendet. Ihre Beendigungserklärung können Sie nicht zurücknehmen. Wir empfehlen Ihnen, mögliche Fragen im Vorfeld der Beendigungsmitteilung zu klären. Hierfür stehen wir Ihnen gerne unter 030 89004 – 411 zur Verfügung.

Beendigung meiner kieferorthopädischen Tätigkeit

Meine kieferorthopädische Tätigkeit endet

mit Ablauf des _____.
Beendigungsdatum

☐ Ich löse die (Ü)BAG/PG mit _____ zum selben Zeitpunkt auf.

☐ Ich habe die Absicht, den Praxissitz zu übergeben an _____ .

☐ Ich habe den Praxissitz bereits übergeben an _____ .

☐ Ich habe den Praxissitz nicht übergeben können, das Formular zum Umgang mit der Patientenkartei füge ich bei.

☐ Ich reiche letztmalig meine Quartalsabrechnung für das __. Quartal ein.

☐ Meinen Praxisstempel bzw. die Stempelplatte werde ich nach Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit vernichten.

Meine aktuelle **Privatanschrift** lautet:

_____ _____
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

_____ _____
Telefonnummer E-Mail

_____ _____
Datum Unterschrift

Zulassungsausschuss
für Zahnärzte in Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Fax: 030 89004-46353
E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de

Umgang mit der Patientenkartei bei ersatzloser Aufgabe, nur auszufüllen, wenn die Praxis nicht übergeben wird.

Die Patientenunterlagen meiner beendeten Praxis

Abrechnungsnummer: _____

Titel, Vorname, Name: _____

Anschrift der Praxis: _____

werden unter der folgenden Anschrift aufbewahrt:

Titel, Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich versichere, dass ich für die ordnungsgemäße Aufbewahrung meiner Patientenkartei Sorge tragen werde und ehemaligen Patienten meiner Praxis Zugang zu ihrer Behandlungskartei ermögliche.

_____ _____

Datum Unterschrift