

\_\_\_\_\_  
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**

**WICHTIG!**

**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.

Mir ist bewusst, dass die elektronischen Praxisausweise (SMC-B), deren Inhaber ich bin, nach Ende der Zulassung durch die KZV Berlin gesperrt werden.

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](mailto:zulassung@kzv-berlin.de)**

### **Umgang mit der Patientenkartei bei ersatzloser Aufgabe**

#### **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