
Name des MVZ

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 die Zulassung des MVZ 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 der Zulassung eines MVZ

Die Zulassung des MVZ endet

mit Ablauf des _____.
Beendigungsdatum

- Wir lösen die (Ü)BAG/PG mit _____ zum selben Zeitpunkt auf .
- Wir haben die Absicht, den Praxissitz zu übergeben an _____ .
- Wir haben den Praxissitz bereits übergeben an _____ .
- Wir haben den Praxissitz nicht übergeben können. Das Formular zum Umgang mit der Patientenkartei fügen wir bei.
- Wir reichen letztmalig unsere Quartalsabrechnung für das __. Quartal ein.

Den Praxisstempel bzw. die Stempelplatte werden wir unaufgefordert einen Monat nach Beendigung der Tätigkeit des MVZ in der KZV Berlin zurückgeben oder mit der Post schicken.

Uns ist bewusst, dass die elektronischen Praxisausweise (SMC-B), deren Inhaber das MVZ ist, nach Ende der Zulassung durch die KZV Berlin gesperrt werden. Wir können die Sperrung verhindern, indem wir die SMC-B innerhalb eines Monats unaufgefordert bei der KZV Berlin hinterlegen.

Die aktuelle **Privatanschrift** des Geschäftsführers lautet:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Datum

Unterschrift Geschäftsführer/
Handlungsbevollmächtigter

**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

Die Patientenunterlagen des beendeten MVZ

Abrechnungsnummer: _____
Name MVZ: _____
Anschrift des MVZ: _____

werden unter der folgenden Anschrift aufbewahrt:

Titel, Vorname, Name: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Wir versichern, dass wir für die ordnungsgemäße Aufbewahrung unserer Patientenkartei Sorge tragen werden und ehemaligen Patienten des MVZ Zugang zu ihrer Behandlungskartei ermöglichen.

Datum

Unterschrift Geschäftsführer/
Handlungsbevollmächtigter