

An die

Fax: 0231 / 9432-3927

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses der  
Ärzte und Krankenkassen  
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I   
Arnsberg II   
Detmold   
Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Erklärung über die Beschränkung des Versorgungsauftrages nach  
§ 19 a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV im Rahmen der Zulassung zur  
Vertragsarztpraxis**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
(bitte Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Hiermit erkläre ich frühestens mit Ablauf des \_\_\_\_\_ meine Zulassung  
zur vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach § 19 a  
Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV zu beschränken, mit der Maßgabe der rechtskräftigen  
Zulassung eines Praxisnachfolgers oder Anstellung für einen hälftigen  
Versorgungsauftrag.

als

\_\_\_\_\_  
(Facharztbezeichnung)

in

\_\_\_\_\_  
(genaue Praxisanschrift)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift + Stempel)