



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

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

Praxisanschrift:

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |
| <b>BSNR:</b>   |  |                    |  |

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

**Derzeitiger Umfang des Versorgungsauftrages:**

- voll
- drei Viertel

Ich erkläre, meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragstherapeutischen Versorgung nach § 19a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV auf folgenden Versorgungsauftrag **zu beschränken.**

- drei Viertel
- hälftig

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>mit Ablauf des:</b> |  |
|------------------------|--|

- mit der Maßgabe der rechtskräftigen Zulassung/Anstellung eines  
Praxisnachfolgers für meinen Vertragstherapeutensitz/Praxisanteil

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift