

**Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapeuten
in Mecklenburg-Vorpommern**

Neumühler Str. 22

19057 Schwerin

Erklärung

**In Kenntnis des § 19 a Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte/
Psychotherapeuten, gebe ich gegenüber dem Zulassungsausschuss in Mecklenburg-
Vorpommern folgende Erklärung ab:**

Hiermit verzichte ich mit Wirkung ab

auf die Hälfte meines Versorgungsauftrages als

..... in

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

§ 19 a

- 1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt/Psychotherapeuten, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.
- 2) Der Arzt/Psychotherapeut ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem ZA seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Abs. 1 zu beschränken. Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.
- 3) Auf Antrag des Arztes/Psychotherapeuten kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Abs. 2 Satz 2 durch Beschluss aufgehoben werden. Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts.