

Bei Rückfragen: Tel.: 0211/9684 - 0  
Sachbearbeiterin: Frau Birmele - 272  
Frau Oltrogge - 334  
Fax: 0211/9684 - 441  
**E-Mail: zulassung@kzvnr.de**

**Rückantwort**

Zulassungsausschuss-Zahnärzte bei  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Abt. Register/Zulassung  
40181 Düsseldorf

**Verzichtserklärung**

Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in \_\_\_\_\_

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu den gesetzlichen Krankenkassen **für den Bereich Kieferorthopädie**

mit Ablauf des 

--	--	--

Ich werde mit/nach dem Verzicht meine Praxis **aufgeben**<sup>(1)</sup>   
**als Privatpraxis weiterführen**<sup>(1)</sup>

Ich habe einen **Kooperationsvertrag** mit einer Stationären Pflegeeinrichtung  
 nein  ja, mit: \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup>

Ich bin weiterhin an der Zusendung des Informationsdienstes und sonstiger Rundschreiben der KZV  
Nordrhein  interessiert<sup>(1)</sup>  nicht interessiert<sup>(1)</sup>

Seit/ab dem 

--	--	--

 lautet meine **Privat**anschrift wie folgt:

Name	
Strasse	
PLZ Ort	
Telefon (privat)	
E-Mail-Adresse	

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Abrechnungsstempel)

<sup>(1)</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen!

Zulassungsausschuss-Zahnärzte bei  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Abt. Register/Zulassung  
40181 Düsseldorf

Meine Praxis wird übernommen von:

---

---

---

---

*Falls der Zulassungsausschuss-Zahnärzte die Zulassung an den Praxisübernehmer nicht erteilt, bitte ich meinen Verzicht auf die vertragszahnärztliche Zulassung nicht zu verhandeln, da die kieferorthopädische Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten auch weiterhin gewährleistet bleiben soll.*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Abrechnungsstempel