



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Chemnitz (Psychotherapie)  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

### Beendigung der Anstellung eines Arztes mit Leistungsbegrenzung

#### 1. Anstellender Psychotherapeut/anstellende BAG/anstellendes MVZ

**Vertragspsychotherapeut/BAG**

.....  
Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....  
Fachgebiet

**MVZ**

.....  
MVZ-Name

.....  
Name ärztlicher Leiter

.....  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

#### 2. angestellter Psychotherapeut

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebietsbezeichnung

Anstellung mit dem Anstellungsumfang

<b>1,0</b>	<b>0,75</b>	<b>0,5</b>	<b>0,25</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. Beendigung der Anstellung

Beendigungsdatum: .....

### Hinweise Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).

.....

Ort, Datum

Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....

Ort, Datum

.....

MVZ-Vertretungsberechtigter

Ärztlicher Leiter MVZ