



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Dresden  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

### Beendigung der Anstellung eines Arztes

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

**Vertragsarzt/BAG**

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

.....  
Fachgebiet

**MVZ**

.....  
MVZ-Name

.....  
Name ärztlicher Leiter

.....  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

#### 2. angestellter Arzt

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebietsbezeichnung

Anstellung mit dem Anstellungsumfang

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

#### 3. Beendigung der Anstellung

Beendigungsdatum: .....

**4. Verzicht Nachbesetzung**

JA                       NEIN

**Hinweis:** Grundsätzlich besteht ein sechsmonatiges Nachbesetzungsrecht. Während dieser Zeit besteht die Pflicht zur Teilnahme der Praxis am ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Berücksichtigung des nachbesetzungsfähigen Arztsitzes fort, es sei denn, auf die Möglichkeit zur Nachbesetzung wird verzichtet.

**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