Erklärung über die Beendigung der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Zulassungsausschuss Niedersachsen für
die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit
Zeißstraße 11
30519 Hannover

E-Mail: zulassung@kzvn.de KIM: zulassung@kzvn.kim.telematik
Fax: 0511-59097040

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf meine Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit gem. § 28 Zahnärzte-ZV

Name der / des zugelassenen Zahnärztin / Zahnarztes	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers Titel: _____ Nachname: _____ Vorname: _____
Vertragszahnarztsitz	
Datum des Verzichts mit Ablauf des	_____ (Datum TT.MM.JJJJ)

Wenn zutreffend bitte ankreuzen:

☐ Ich erkläre meinen Verzicht unter der Bedingung, dass ☐ die Zahnärztin / ☐ der Zahnarzt

_____
(Titel / Name / Vorname)

eine Zulassung erhält.

☐ Ich erkläre meinen Verzicht unter der Bedingung, dass mir die Anstellung bei ☐ der Zahnärztin / ☐ dem Zahnarzt

_____
(Titel / Name / Vorname)

genehmigt wird.

_____
Ort, Datum Unterschrift

Wichtiger Hinweis:
Mit Eingang dieser Erklärung in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses ist Ihre Zulassung zu dem von Ihnen angegebenen Datum beendet. Ihre Verzichtserklärung können Sie nicht zurücknehmen.
Wir empfehlen Ihnen, mögliche Fragen im Vorfeld der Beendigungsmitteilung zu klären.
Hierfür steht Ihnen die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unter 0511 8405 – 455 zur Verfügung.

Stand Juli 2026