

# Antrag auf Beschränkung des Versorgungsauftrages

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Nordbayern -  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

Anträge nur im Original einreichen!

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14  
bzw. 0911 / 58 88 83-12  
Fax: 089 / 7 24 01-602

---

Gem. § 19a Abs. 1 ZÄ-ZV ist ein Zahnarzt verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.

Gem. § 19a Abs. 2 ZÄ-ZV ist ein Zahnarzt berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Abs. 1 zu beschränken.

---

## Antragsteller:

\_\_\_\_\_  
Name Vertragszahnarzt

\_\_\_\_\_  
Praxisadresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Email

Ich erkläre hiermit schriftlich, meinen derzeitigen Versorgungsauftrag für den Vertragszahnarztsitz in

\_\_\_\_\_ ab dem \_\_\_\_\_  
vollständige Praxisadresse Datum

auf die Hälfte des vollen Versorgungsauftrages nach § 19a Abs. 1 ZÄ-ZV zu beschränken.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Nordbayern - bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg - IBAN **DE85 3006 0601 0101 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

ABE-Praxisstempel:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift