

# Antrag auf Reduzierung des Versorgungsauftrages

## Erklärung gem. § 19a Abs. 2 Satz 1 ZÄ-ZV

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Zuständigkeitsbereich A - K  
Tel.: 089 / 7 24 01-511

Zuständigkeitsbereich L - Z  
Tel.: 089 / 7 24 01-507

---

*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 Vertragszahnartzsitz in

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

auf die Hälfte des Versorgungsgrades nach § 19a Abs. 1 (mind. 10 Std. / max. 20 Std.) zu beschränken.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_  
auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Südbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München, **IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

ABE-Praxisstempel:

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