

Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen / Landeskrankenhausgesellschaft BW

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel.: 0711/7875 - 3675 Fax: 0711/7875 - 483917

Austrittserklärung gem. § 2 Abs. 3 ASV-RL

Name des Austretenden: _____

Name der Teamleitung: _____

Hiermit wird mit Wirkung vom _____ auf die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV verzichtet. Es ist bekannt, dass der erweiterte Landesausschuss aufgrund des Verzichts die ASV-Berechtigung widerrufen wird. Ab dem genannten Zeitpunkt wird versichert, dass keine ASV-Leistungen mehr erbracht und abgerechnet werden, auch wenn der Widerrufsbescheid mit dem Beschluss des erweiterten Landesausschuss noch nicht mitgeteilt und zugestellt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel
(Austretender/Vertretungsberechtigter*
des Austretenden)

* Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Ergänzende Angaben bitte ausfüllen:

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt unter anderem eine bestimmte Zusammensetzung des interdisziplinären Teams voraus. Sollte das Ausscheiden Auswirkungen auf die Erfüllung der personellen Voraussetzungen der ASV-RL haben, wird die Versorgung im Fachgebiet _____ durch

die Vertretung durch: _____ ②

das derzeitige Teammitglied: _____

sichergestellt.

Neubenennung von: _____ ② wird eingereicht.

Bei Ausscheiden der Teamleitung wird folgendes Mitglied des Kernteams die Teamleitung übernehmen:

Name: _____

Praxisadresse: _____