



**Bekanntgabe Praxisaufgabe**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort- und Land: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit teile ich der Zahnärztekammer Hamburg meine **Praxisaufgabe** zum ..... mit.

**Praxisanschrift:**

Praxisname: .....

Straße, Hausnr.: ..... PLZ, Ort: .....

Tel.: ..... E-Mail: .....

Praxishomepage: .....

Auflösung der Praxis       Praxisüberahme durch .....

Ende der KZV Zulassung zum .....       keine Zulassung, Privatpraxis

Patientenakten werden:

von mir selber verwahrt / Anfragen per E-Mail weiterleiten an .....

von einer anderen Praxis verwahrt; Praxis: .....

vom Nachfolger übernommen

Ich werde zukünftig:

nicht mehr zahnärztlich tätig sein (im Ruhestand)

angestellt tätig sein

ab ..... in Praxis .....

als  Entlastungsassistent/in       Angestellte/r Zahnarzt/ärztin

Hamburg, den \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen steht Ihnen die Mitgliederverwaltung zur Verfügung:

Frau Mirja Bahlhorn, E-Mail: [mitgliederverwaltung@zaek-hh.de](mailto:mitgliederverwaltung@zaek-hh.de), Tel.: 040 / 733 405 37

Gerne stellen wir Ihnen auf Anfrage eine Checkliste für die Niederlassung und Praxisaufgabe zur Verfügung.

Diese und weitere Informationen sind auch im ZQMS – Bereich (Qualitätssicherungssystem) abrufbar.

(<https://www.zahnaerzte-hh.de/zahnaerzte-portal/praxis/qualitaetsmanagement-zaekzqms/>)