



E-Mail: ZA@KVWL.de Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf **Umwandlung** eines Anstellungsverhältnisses in eine
Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Antragsteller: Praxisinhaber / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt
entsprechend der Registereintragung) / des bestehenden MVZ

(N)BSNR:	
-----------------	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Antragsart

Ich/Wir beantrage(n) die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung zur
Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

LANR:	
--------------	--

mit Wirkung vom:	
-------------------------	--

Erklärung zur Datenerhebung

- Ich/Wir habe(n) zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde(n) ich/wir der KVWL mitteilen.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Anlagen / Hinweise

Die Bearbeitung dieses Antrages ist nur bei gemeinsamer Einreichung des Antrages auf Zulassung des derzeit angestellten Arztes möglich.

- Der Antrag auf Zulassung zur Vertragsarztpraxis des derzeit angestellten Arztes ist beigefügt.
- Der Antrag auf Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit (BAG) ist beigefügt.
- Die Ausübung gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geplant.
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*) / Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.