



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 95 Abs. 9 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)  
nach vorherigem Verzicht auf die Zulassung  
**Teil 1 – (vom Geschäftsführer des MVZ auszufüllen)**

**Angaben zum Antragsteller (Trägersgesellschaft oder  
Berufsausübungsgemeinschaft – *sofern erfolgt entsprechend der  
Registereintragung*):**

<b>Name:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Haus- nummer:</b>	

**Falls abweichend Angaben zur Betriebsstätte bzw. Angaben zur  
Berufsausübungsgemeinschaft**

<b>Name:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Haus- nummer:</b>	
<b>BSNR:</b>			

**Angaben zu dem / zu den Vertretungsberechtigten**

<b>Name:</b>			
<b>Vorname:</b>			
<b>Titel (akad. Grad):</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>E-Mail:</b>			

## Angaben zur beantragten Anstellung

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	
Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen:	
Beschäftigungsbeginn:	

## Angaben zum Beschäftigungsumfang

*Auch für angestellte Ärzte gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.*

*Faktor 0,25 mindestens 6 Stunden und 15 Minuten*

*Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten betragen.*

- Faktor 0,25 bis zu 10 Stunden pro Wochen
- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1 über 30 Stunden pro Woche

**Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:**

im Umfang von (Wochenstunden):

## Angaben zum derzeitigen Standort

bisheriger Vertragsarztsitz:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

**Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung des Vertragsarztsitzes:**

- Ich / Wir beantrage(n) die Verlegung des Praxissitzes

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

**Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:**


**Tätigkeitsort des anzustellenden Arztes** Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

 Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift :

 Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

**Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung**

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

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

## Antragsgebühr

Bei Genehmigungen zur Anstellung eines Arztes beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern die sofortige Verlegung des Sitzes beantragt wird entsteht eine **zusätzliche** Gebühr in Höhe von 120,00 EUR.

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 95 Abs. 9 SGB in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)  
nach vorherigem Verzicht auf die Zulassung

**Teil 2 – (vom anzustellenden Arzt auszufüllen)**

**Angaben zum anzustellenden Arzt**

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Wohnort:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

Facharztbezeichnung  
und ggf. sonstige  
Bezeichnungen:

Ggf. LANR:

**nur für Fachärzte für Innere Medizin**

Ich erkläre meine Teilnahme an der

hausärztlichen Versorgung

fachärztlichen Versorgung

**nur für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**

Ich erkläre meine Teilnahme an der

hausärztlichen Versorgung

haus- und fachärztlichen Versorgung

### Weitere Tätigkeiten neben der vertragsärztlichen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben
  
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

<b>Name der Institution</b>	
<b>in (Anschrift)</b>	
<b>im Umfang von (Wochenstunden)</b>	

### Erforderliche Erklärungen zum Antrag

#### Erklärung zur Teilnahme am Notfalldienst

- Ich erkläre hiermit, dass ich nach der „Gemeinsamen Notfalldienstordnung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

#### Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe 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 ich der KVWL mitteilen.

#### Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Verzichtserklärung
- Schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber, dem MVZ oder der BAG
- Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.
  - Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des anzustellenden Arztes)

**Anlage: Verzichtserklärung**

**Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugunsten der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses bei einem Vertragsarzt, einem MVZ oder einer Berufsausübungsgemeinschaft**

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

mit Ablauf des:

als Facharzt für

in:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

ggf. Anschrift einer genehmigten Zweigpraxis / ausgelagerter Praxisräume (PLZ, Ort, Straße und Hausnummer)

unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung

als Facharzt für

im Umfang von (Wochenstunden)

bei / in / am der BAG / am MVZ

Name des Vertragsarztes oder der BAG / des MVZ:

Praxisanschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anzustellenden Arztes