

An die  
Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses der Ärzte  
und Krankenkassen  
Zulassungsbezirk \_\_\_\_\_  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund

## Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes gemäß §95 SGB V im Ausschreibungsverfahren

Name des antragstellenden Arztes: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

(Ort, Straße, Hausnummer) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name des anzustellenden Arztes: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

### Praxisübernahme von:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

beabsichtigter Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_

beabsichtigter Beschäftigungsumfang:  bis zu 10 Stunden pro Woche  
 über 10 bis 20 Stunden pro Woche  
 über 20 bis 30 Stunden pro Woche  
 über 30 Stunden pro Woche

genaue Stundenzahl: \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt angeben!)

### Tätigkeitsort des angestellten Arztes:

- Hauptbetriebsstätte des Praxisinhabers mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche  
 Filiale in \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche  
 ggf. weitere Filialen (bitte gesondert aufführen)

Die Antragsgebühr gemäß § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR begleiche ich mit anliegender Abbuchungserklärung.

Etwaige  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Antrag-

**Angaben zum anzustellenden Arzt:**

---

1. Vor- und Zuname, akad. Titel: \_\_\_\_\_  
Wohnort, Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: privat \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

---

2. Approbation: \_\_\_\_\_  
Promotion: \_\_\_\_\_  
Facharztanerkennung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**3. Arztregistereintragung**

ist erfolgt am \_\_\_\_\_  wurde beantragt am \_\_\_\_\_  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

---

Waren **bwz.** sind Sie bereits als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis tätig?

ja  nein

---

**4. Nachweis über die ärztliche Tätigkeit des anzustellenden Arztes vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung**

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Ort und Datum

Tag des Eingangs des Antrages (von der Geschäftsstelle auszufüllen)
--

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



### Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes i. S. des § 95 SGB V im Ausschreibungsverfahren sind nachstehende Unterlagen des angestellten Arztes beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister
- unterschriebener Lebenslauf
- ein polizeiliches Führungszeugnis mit der Bezeichnung "0". Bei der Meldestelle (Einwohnermeldeamt) ist unbedingt anzugeben, dass ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde beantragt wird. Als Behörde ist unten links im Führungszeugnis anzugeben:  
Zulassungsausschuss der Ärzte  
und Krankenkassen  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem antragstellenden Arzt, sondern dem Zulassungsausschuss direkt vom Bundeszentralregister übermittelt.

#### Bitte bei Beantragung beachten:

Das Führungszeugnis hat **sechs Monate Gültigkeit**; es darf bei Aufnahme der Tätigkeit nicht älter als 1/2 Jahr sein.

Das polizeiliche Führungszeugnis mit der Bezeichnung "**N**" (diese Bezeichnung wird von der Meldestelle oben links eingetragen) hat keine Gültigkeit.

- Erklärung des angestellten Arztes über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtliche Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit gemäß § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des angestellten Arztes hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung über die Beendigung der bestehenden Genehmigung zur Anstellung eines Arztes (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 120,- EUR vom Praxisinhaber. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gemäß § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der gemäß § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**

#### Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.

- schriftlicher Arbeitsvertrag

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.

## Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung persönlich und im angegebenen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

Ich habe zur Zeit keine anerkannte Schwerbehinderung.

Falls ja: Minderung der Erwerbsfähigkeit von \_\_\_\_\_ % Versorgungsamt \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name  
(Stempel oder Druckschrift)

Ich erkläre, 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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erkläre, dass ich zur Zeit in **einem / keinem** (bitte Nichtzutreffendes streichen) Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis oder die sonstige Tätigkeit ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden bzw. wird mit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche fortgeführt.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses oder der sonstigen Tätigkeit Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den  
Regierungsbezirk \_\_\_\_\_**

---

**Anschrift:**

**LANR:  
BSNR:  
RENR:**

## **Erklärung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,- EUR von meiner Vertragsarzt abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel

**Buchhaltung**

Gb Finanzen Dortmund  
AKK Dortmund / Münster

erledigt am: \_\_\_\_\_