

An die
Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der Ärzte
und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk Arnsberg I
Arnsberg II
Detmold
Münster

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund

Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes

in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Name des antragstellenden MVZ: _____

Vertragsarztsitz:
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____

Telefon: _____

Name des anzustellenden Arztes: _____

Fachgebiet: _____

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!)

Die Anstellung erfolgt im Rahmen einer Nachbesetzung von _____

- aufgrund dessen Ausscheidens
 oder dessen Reduzierung auf _____ Stunden/Woche

Für den Fall, dass der Arzt, dessen Angestellter - Arztstelle ganz oder teilweise nachzubesetzen ist, ärztlicher Leiter war:

Die ärztliche Leitung erfolgt ab dem _____ durch folgenden Arzt/Ärzte:

Tätigkeitsort des angestellten Arztes:

- Hauptbetriebsstätte des MVZ mit _____ Stunden/Woche
 Filiale in _____ mit _____ Stunden/Woche
 ggf. weitere Filialen (bitte gesondert auflühren)

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

Etwaige Bemerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift des/der
Geschäftsführungsbefugten des MVZ

Angaben zum anzustellenden Arzt:

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

2. Staatsexamen: _____ Approbation: _____
Promotion: _____
Facharztanerkennung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung: _____

3. Sind Sie in einem Arztregister eingetragen? _____ Wann? _____
Falls ja, Eintragsnummer und KV-Bereich: _____

Waren **oder** sind Sie als angestellter Arzt gemäß § 95 Abs. 9 SGB V oder § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i. V. m § 32 b Ärzte-ZV tätig? ja/nein
Falls ja; Name und Anschrift des Praxisinhabers (*Angaben werden vertraulich behandelt*): _____

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

Stempel bzw. Unterschrift des anzustellenden Arztes

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

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V sind gemäß §§ 1 Abs. 3, 18 Ärzte-ZV i. V. m. Bedarfsplanungs-Richtlinie 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-Schirrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem angestellten 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.

- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.
- Erklärung des angestellten Arztes über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung hinsichtlich Rauschgiftsucht bzw. Trunksucht 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)
- 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
- Verpflichtungserklärung zur Leistungsbegrenzung (die entsprechende Formularerklärung wird Ihnen zu gegebener Zeit zur Verfügung gestellt) - **Gilt nur bei Anstellung gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V** -

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

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

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung persönlich und im erforderlichen Maße 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 _____ beendet 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:

angestellter Arzt:

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 Vertragsarztabrechnung 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: _____