



**Nur bei Anträgen von Internisten oder Kinderärzten:**

Ich nehme nach erfolgter Zulassung an der vom Praxisinhaber gewählten

- hausärztlichen  fachärztlichen Versorgung teil

Eine Gemeinschaftspraxis ist geplant mit:  
(Name, Vorname, Ort, Straße)

---

etwaige Bemerkungen zur Bewerbung:

---

---

**Zulassungsvoraussetzungen**

**3.1 Approbation**

ja vom \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  nein

Promotion seit: \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung als: \_\_\_\_\_

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

Schwerpunktbezeichnung: \_\_\_\_\_

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

Fakultative Weiterbildung: \_\_\_\_\_

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

Besondere Fachkunde: \_\_\_\_\_

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Anerkennung am \_\_\_\_\_

Zusatz-Weiterbildung als: \_\_\_\_\_

Prüfung am \_\_\_\_\_ Anerkennung am \_\_\_\_\_

### 3.2 Arztregistereintragung

ist erfolgt am \_\_\_\_\_  wurde beantragt am \_\_\_\_\_

bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

Waren bzw. sind Sie zur Vertragsarztpraxis zugelassen bzw. in einem MVZ oder Vertragsarztpraxis angestellt?  ja  nein  Vertragsarzt  Ang. Arzt

Praxissitz: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ggf. weitere:

Praxissitz: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- 
4. Die Antragsgebühr gemäß § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 100,-- EUR habe ich am \_\_\_\_\_ der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Dortmund, (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, Konto-Nr. 2 613 123, BLZ 440 606 04) überwiesen.



**Hinweis:**

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich.

**Antrag auf Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis**

**Wir, \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  
beantragen mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ die Genehmigung zur Führung einer  
Gemeinschaftspraxis im Rahmen des Job-Sharing als Fachärzte für  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_.**

**Der im Jobsharing zugelassene Arzt wird hierbei Dr. med. \_\_\_\_\_  
zugeordnet. Im Falle des Ausscheidens von Dr. med. \_\_\_\_\_ tritt  
an dessen Stelle dessen Praxisnachfolger, sofern die Gemeinschaftspraxispartner  
nicht übereinstimmend eine andere Feststellung treffen.**

(Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Jobsharing zugelassenen Arztes zu einem konkreten Vertragsarzt aus einer mehrgliedrigen Gemeinschaftspraxis ergibt sich aus der Zuweisung arztbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung. Die Zuordnung des Jobsharing-Partners zu einem konkreten Mitglied der Gemeinschaftspraxis hat keine Auswirkungen auf die Anwartschaft des Jobsharing-Partners, nach Ablauf von 10 Jahren mit ununterbrochener Zugehörigkeit zu der Gemeinschaftspraxis eine ‚Vollzulassung‘ zu erwerben.)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Praxisinhabers

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gem. § 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.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass meine Zulassung im Vertragsarztverzeichnis der KVWL veröffentlicht wird.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Dem Antrag auf Zulassung zur Vertragsarztpraxis sind gemäß § 18 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen 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.

- eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Antragsteller bisher zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Zulassung und der Grund seiner 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 des Antragstellers hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit gemäß § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 100,-- EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gem. § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der gemäß § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**

Hinweis:

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

- Verpflichtungserklärung zur Leistungsbegrenzung (die entsprechende Formularerklärung wird Ihnen zu gegebener Zeit zur Verfügung gestellt)
- sofern eine Nebentätigkeit beantragt wird, bitte auf gesondertem Schreiben beantragen/ begründen!

Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.

Sofern der Antragsteller im Arztregister eingetragen ist, erübrigt sich die Übersendung derjenigen Unterlagen, die bereits im Arztregister hinterlegt sind. Dies gilt insbesondere für die Tätigkeitsnachweise bis zum Zeitpunkt der Eintragung.

---

Name  
(Stempel oder Druckschrift)

1. 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.
2. Des Weiteren erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, 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.
3. Ich erkläre hiermit, dass ich zur Zeit in **einem / keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss für Ärzte schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

4. Ich habe zur Zeit keine anerkannte Schwerbehinderung.

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

---

(Ort, Datum)

---

Unterschrift

## ***Merkblatt***

**für Ärzte, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben und derzeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen**

Bei Ärzten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragen und in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, kann einer Zulassung entgegen stehen, dass der Arzt wegen des Beschäftigungsverhältnisses für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht bzw. eine Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Bei Vorliegen dieser Hinderungsgründe für die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kann es sich gleichwohl empfehlen, nicht vor Bestandskraft der Zulassung das bestehende Beschäftigungsverhältnis zu kündigen. Liegen bei dem Arzt die genannten Hinderungsgründe vor, kann er vom Zulassungsausschuss unter der Bedingung zugelassen werden, dass der seiner Eignung entgegenstehende Grund spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt beseitigt wird, in dem die Entscheidung über die Zulassung unanfechtbar geworden ist. Erteilt der Zulassungsausschuss diese Bedingung, so ist der Arzt verpflichtet, sein Beschäftigungsverhältnis innerhalb von 3 Monaten nach Bestandskraft der Zulassung zu beenden. Bis zum Eintritt dieser Bedingung ist die Zulassung nicht wirksam, d. h. der Arzt darf nicht vertragsärztlich tätig werden. Wird die der Zulassung entgegenstehende Beschäftigung nicht beendet, so ist der Zulassungsausschuss berechtigt und verpflichtet, nach Ablauf der gesetzten Frist die Zulassung des Arztes zu beenden.