

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

Antrag auf Umwandlung eines Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung zur Vertragsarztpraxis

Name des antragstellenden Vertragsarztes / Medizinischen Versorgungszentrums:

Praxisanschrift:

(Ort, Straße, Hausnummer)

Ich beantrage die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

Name des zuzulassenden Arztes:

(Titel (akad. Grad), Name, Vorname)

für

(Praxisanschrift, Vertragsarztsitz)

_____ (Straße, Nr.)

_____ (PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum

_____ voraussichtl. Niederlassungsdatum

_____ Ort und Datum

_____ Stempel und Unterschrift des antragstellenden Vertragsarztes

Eingang des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

HINWEIS: Wir bitten Sie, das Formular gemeinsam mit dem anliegenden Zulassungsantrag des zuzulassenden Arztes sowie – falls die Genehmigung einer *Berufsausübungsgemeinschaft beabsichtigt ist* – mit dem Formular für die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit zurück zu senden!!!

An die
Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der Ärzte
und Krankenkassen
Zulassungsbezirk
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

**Antrag auf
Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung**

als

Fachgebiet: _____

**ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung/en und
sonstiger Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht**

1. Antragsteller

Titel (akad. Grad), Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

Tel.-Nr. dienstlich Familienstand Zahl der Kinder

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

2. Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

für

(Praxisanschrift, Vertragsarztsitz)

(Straße, Nr.)

(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum

voraussichtl. Niederlassungsdatum

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o.ä.:

ja Name der Institution: _____ nein

bzw. wird eine Kooperation mit einem Krankenhaus angestrebt ja nein

Nur bei Anträgen von Internisten oder Kinderärzten:

Ich nehme nach erfolgter Zulassung an der hausärztlichen fachärztlichen Versorgung teil

Ist eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft (gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung, Behandlung und Abrechnung) geplant mit wem (Name, Vorname, Ort, Straße)?

Wird die Praxis eines anderen Arztes übernommen, ggf. von wem? (Name, Vorname, Ort, Straße)

Bei Übernahme einer Vertragsarztpraxis in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich trifft der Zulassungsausschuss bei Vorliegen mehrerer Zulassungsanträge eine Auswahlentscheidung, bei der u. a. die bisherige Dauer der ärztlichen Tätigkeit eine Rolle spielt. Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit wird nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 3 SGB V verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. Diesbezüglich bitten wir ggf. um entsprechende Angaben.

Bemerkung:

etwaige weitere Bemerkungen zur Bewerbung bzw. Antragstellung:

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 _____

Wenn ja, waren oder sind Sie mindestens fünf Jahre dauerhaft einer vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nachgegangen?

ja nein

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.

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

Erläuterungen für die Antragstellung

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.

- 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 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.
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.

An die

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

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 Genehmigung gemeinsamer Ausübung ver- tragsärztlicher Tätigkeit (örtliche Gemeinschaftspraxis)

Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag (siehe folgend) sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich.

1. Herr / Frau _____
oder
die Gemeinschaftspraxis _____

Fachgruppe(n): _____

und

2. Herr / Frau _____
Fachgruppe(n): _____

3. Weitere Antragsteller: (bitte gesondert aufführen)

beantragen mit Wirkung vom _____ die gemeinsame Ausübung ver-
tragsärztlicher Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis am
Vertragsarztsitz in _____

Wir bestätigen die Richtigkeit unserer Angaben.

Wir haben zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gem. § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu unserer Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werden wir der KVWL mitteilen.

Wir erklären hiermit unser Einverständnis, dass unsere Zulassungen im Vertragsarztverzeichnis der KVWL veröffentlicht werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift **aller** Antragsteller)