

An die

Fax: 0231 / 9432-3927

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses der  
Ärzte und Krankenkassen  
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I
- Arnsberg II
- Detmold
- Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 95 SGBV im Ausschreibungsverfahren**

Name des antragstellenden Arztes/: \_\_\_\_\_  
Name der Gemeinschaftspraxis \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer): \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

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 anzustellenden Arztes:**

- Hauptbetriebsstätte des Praxisinhabers mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche
- Filiale in \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche
- Nebenbetriebsstätte \_\_\_\_\_ (bitte Anschrift angeben)

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des  
Praxisinhaber/der Gemeinschaftspraxis

## Angaben zum anzustellenden Arzt:

---

### 1. Personalien

Vor- und Zuname, akad. Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße u. Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

---

### 2. Approbation

erteilt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung und ggf. sonstige nach ärztlichem Weiterbildungsrecht erworbene  
Bezeichnungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### 3. Arztregistereintragung

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

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

---

**4. Angaben über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung**

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragsarzt zugelassen, in einem MVZ oder in einer Praxis angestellt waren. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum.

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

---

**5. Andere Tätigkeit außerhalb der beantragten Anstellung**

- keine Tätigkeit                       Nebentätigkeit  
(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

\_\_\_\_\_  
Ort, Umfang (Wochenstunden)

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

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

---

Name

(Druckbuchstaben)

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 bzw. wird mit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche fortgeführt.

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

---

(Ort, Datum)

---

Unterschrift

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

---

## Anschrift:

---

---

---

---

LANR:  
BSNR:  
OP-NR:\*

## Erklärung

Hiermit wird das Einverständnis erklärt, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,-- EUR von der Vertragsarztabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

Gb Finanzen

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

**\*(nicht vom Antragsteller auszufüllen)**

## 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 (**nicht notwendig, wenn Arzt im Register der KV Westfalen-Lippe eingetragen ist**)
- unterschriebener Lebenslauf
- ein polizeiliches Führungszeugnis mit der Bezeichnung "O". Bei der Meldestelle (Einwohnermeldeamt) ist unbedingt anzugeben, dass ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde beantragt wird. Als Behörde ist oben links im Führungszeugnis anzugeben:

Zulassungsausschuss der Ärzte  
und Krankenkassen  
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6  
44141 Dortmund

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem anzustellenden 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 anzustellenden Arztes über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des anzustellenden Arztes hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des anzustellenden 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 nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber bzw. mit der Gemeinschaftspraxis

### **Bitte beachten!**

Sofern geplant ist, den Praxissitz sofort zu verlegen, sind nachstehende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- formloser Antrag mit ausführlicher Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR. Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird. (Deutsche Apotheker- und Ärztekasse eG Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)

### **Hinweis:**

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von 400,-- EUR fällig.

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.