

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 Erhöhung des Beschäftigungsumfanges eines  
angestellten Arztes**

Name des antragstellenden Arztes: \_\_\_\_\_  
Name der Gemeinschaftspraxis des MVZ's: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

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

Name des angestellten Arztes: \_\_\_\_\_

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

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

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

- Die zukünftige Stundenzahl entspricht dem Anrechnungsfaktor:
- 0,25 (bis zu 10 Stunden pro Woche)
  - 0,5 (über 10 bis 20 Stunden pro Woche)
  - 0,75 (über 20 bis 30 Stunden pro Woche)
  - 1,0 (über 30 Stunden pro Woche)

Beabsichtigter Änderungsbeginn: \_\_\_\_\_

**Tätigkeitsort des anzustellenden Arztes:**

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

### 1. Variante

Die Erhöhung erfolgt **im Rahmen einer Nachbesetzung** von \_\_\_\_\_

- a)  aufgrund dessen Ausscheidens
- b)  oder dessen Reduzierung auf \_\_\_\_\_ Stunden/Woche.

oder

### 2. Variante

Die Erhöhung erfolgt **im Rahmen der Ausschreibung** von:

Name, Vorname / Ausschreibungsziffer: \_\_\_\_\_

Praxisstandort: \_\_\_\_\_

oder

### 3. Variante

Die Erhöhung erfolgt **im Rahmen der Reaktivierung** des:

Planungsbereiches, Mittelbereiches, Raumordnungsregion: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift(en) des  
Praxisinhaber/ der Gemeinschaftspraxis /  
des MVZ

### Andere Tätigkeit außerhalb der Anstellung

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

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

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

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

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Erhöhung des Beschäftigungsumfanges eines angestellten Arztes i. S. des § 95 Abs. 9 SGB V sind nach § 1 Abs. 3 und § 18 Abs. 2 - 4 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- **Antragsgebühren:**

Zu Variante 1 a): 1 x 60,00 EUR vom Praxisinhaber

Zu Variante 1 b): 2 x 60,00 EUR = 120,00 EUR vom Praxisinhaber

Zu Variante 2: 1 x 120,00 EUR vom Praxisinhaber

Zu Variante 3: 1 x 120,00 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.**

- schriftliche Nachtragsvereinbarung(en) mit dem Praxisinhaber bzw. mit der Gemeinschaftspraxis oder dem MVZ und dem(n) angestellten Arzt
- \*bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit ist der entsprechende Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung beizufügen

\_\_\_\_\_  
Name des antragstellenden Arztes /  
Gemeinschaftspraxis/ MVZ  
(Stempel oder Druckbuchstaben)

**Beendigung bzw. Reduzierung der Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V**

Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung als angestellte/r Arztes/Ärztin des/der Herrn/Frau

\_\_\_\_\_

mit Ablauf des \_\_\_\_\_ **beendet** wird/wurde.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung als angestellte/r Arztes/Ärztin des/der Herrn/Frau

\_\_\_\_\_

mit Ablauf des \_\_\_\_\_ von ehemals \_\_\_\_\_ Stunden auf \_\_\_\_\_ Stunden  
**reduziert** wird/wurde.

\_\_\_\_\_  
(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 60,00 EUR oder 120,00 EUR oder 2 x 60,00 EUR = 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

---

(Ort, Datum)

---

Stempel und Unterschrift

Gb Finanzen

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

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