

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 Abs. 9 Satz 1 SGB V

im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4b SGB V

Name des antragstellenden Arztes:

Name der Gemeinschaftspraxis _____

Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer): _____

Telefon tagsüber: _____

E-Mail-Adresse: _____

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!)

Tätigkeitsort des anzustellenden Arztes:

- Hauptbetriebsstätte des Praxisinhabers mit _____ Stunden/Woche
 Zweigpraxis in _____ mit _____ Stunden/Woche
 Nebenbetriebsstätte _____ (bitte Anschrift angeben)

Die Anstellung erfolgt im Rahmen einer Nachbesetzung von _____

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

Etwaige

Bemerkungen: _____

FB-SI-ZA-3A1 Version 7.0

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 _____

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 60,00 EUR wird mit beigefügter
Abbuchungserklärung beglichen.

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

Name des antragstellenden Arztes / Gemeinschaftspraxis
(Stempel oder Druckbuchstaben)

**Beendigung 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 Arzt/Ärztin des/der
Herrn/Frau

mit Ablauf des _____ beendet 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 von der Vertragsarzt abrechnung 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)**

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung 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 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 60,00 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.**

Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von 200,00 EUR fällig.

- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber bzw. mit der Gemeinschaftspraxis

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt.
Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.