

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 Reduzierung 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
 Zweigpraxis in _____ mit _____ Stunden/Woche
 Nebenbetriebsstätte _____ (bitte Anschrift angeben)

Andere Tätigkeit außerhalb der Anstellung

keine Tätigkeit

Nebentätigkeit*
(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

Ort, Umfang (Wochenstunden)

Ort und Datum

Unterschrift des anzustellenden Arztes

Ort und Datum

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

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Änderung 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:

- Antragsgebühr in Höhe von 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 mit dem Praxisinhaber bzw. mit der Gemeinschaftspraxis oder dem MVZ und dem angestellten Arzt
- *bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit ist der entsprechende Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung beizufügen

**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 120,00 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)**