

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 Sonderbedarfsanstellung nach §§ 36, 37 Bedarfsplanungsrichtlinie

1. Antragsteller

Name des antragstellenden Arztes: _____
Name der Gemeinschaftspraxis _____

Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer): _____

Telefon tagsüber: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name des anzustellenden Arztes: _____

Fachgebiet: _____

2. Antragsart

**Sonderbedarfsanstellung im Rahmen der Anlage 9.1 des
Bundesmantelvertrages (Dialyse/Blutreinigungsverfahren)**

lokale qualifikationsbezogene

Sonderbedarfsanstellung – ganztags – mit _____ Wochenstunden

Sonderbedarfsanstellung – halbtags – mit _____ Wochenstunden

3. Angaben zum anzustellenden Arzt:

Personalien

Vor- und Zuname, akad. Titel: _____

Geburtsdatum/Geburtsort: _____

Wohnort, Straße u. Hausnummer: _____

Telefon: privat: _____ tagsüber: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geschlecht: männlich weiblich

4. Angaben zur Weiterbildung des anzustellenden Arztes

4.1 Approbation

erteilt am _____ durch _____

4.2 Facharztanerkennung als: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

4.3 Sonstige Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht:

Art der Bezeichnung

Schwerpunktbezeichnung _____

fakultative Weiterbildung: _____

besondere Fachkunde: _____

Zusatzbezeichnung: _____

Zusatzweiterbildung: _____

4.4 konkrete Bezeichnung (z. B. Kardiologie)

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

durch (Landes-)Ärzttekammer _____ Anerkennung am _____

5. Arztregistereintragung

ist erfolgt am _____ wurde beantragt am _____

bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

6. 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

Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung

keine Tätigkeit

Nebentätigkeit

(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

Ort, Umfang (Wochenstunden)

Ort, Datum

Unterschrift

7. Angaben zur Sonderbedarfsanstellung¹

Begründung zum Sonderbedarf

Nach den Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie (§§ 36, 37) hat der Zulassungsausschuss vor Erteilung einer Sonderbedarfsanstellung die in der Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Voraussetzungen zu prüfen, wobei für diese Prüfungen zum Teil auch Angaben des antragstellenden Arztes erforderlich sind. Wir bitten Sie daher, zur Prüfung des Vorhabens die Region zu benennen, die vom Anstellungsort aus versorgt werden soll, sowie weitere Informationen zu dem beabsichtigten Leistungsangebot und ggf. zur Praxisausstattung zu geben.

7.1 Nennen Sie bitte die Region, die vom beantragten Anstellungsort aus versorgt werden soll:

7.2 Welches Leistungsspektrum soll angeboten werden?

7.3 Sonstige Anmerkungen, insbesondere ggf. zur Praxisausstattung:

¹ Diese Angaben sind nicht erforderlich, wenn eine Sonderbedarfsanstellung im Rahmen der Anlage 9.1. des Bundesmantelvertrages beantragt wird. Bitte beantragen Sie stattdessen einen Versorgungsauftrag bei der KVWL.

Name (in 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 zurzeit 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 120,00 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 Anstellung eines Arztes im Sonderbedarf nach §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie sind nachstehende Unterlagen beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister (nicht notwendig, wenn der Arzt im Register der KVWL 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 120,00 EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gem. § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**

Hinweis:

Bei Bestandskraft der Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 EUR fällig.

- Sofern eine Nebentätigkeit beantragt wird, bitte auf gesondertem Schreiben beantragen/begründen!

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