

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

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 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: \_\_\_\_\_

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

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

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

Geschlecht:  männlich  weiblich

---

### 2. Bisheriger Vertragsarztsitz:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
des anzustellenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
(bitte Druckbuchstaben)

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

An den  
Zulassungsausschuss der Ärzte  
und Krankenkassen für den  
Regierungsbezirk \_\_\_\_\_  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund

**Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugunsten der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses bei einem Vertragsarzt oder einer Gemeinschaftspraxis**

Hiermit verzichte ich mit Ablauf des \_\_\_\_\_ auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

als \_\_\_\_\_  
(Facharztbezeichnung)

in \_\_\_\_\_  
(postalische Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift evtl. genehmigter Zweigpraxis bzw. ausgelagerter Praxisräume))

unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung

als \_\_\_\_\_  
(Facharztbezeichnung)

in einem Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche oder ganztätig

bei dem Vertragsarzt oder in der Gemeinschaftspraxis

\_\_\_\_\_  
(Name)

in \_\_\_\_\_  
(Vertragsarztsitz)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel)

---

Name  
(Stempel oder Druckbuchstaben)

Ich erkläre, 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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

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

---

**Anschrift:**

**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 Vertragsarzt abrechnung 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 Abs. 9 SGB V sind nach § 1 Abs. 3 und § 18 Absatz 2 - 4 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen des angestellten Arztes beizufügen:

- Verzicht des anzustellenden Arztes auf die Zulassung zur Vertragsarztpraxis nach § 103 Abs. 4b SGB V  
(liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des angestellten 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 Ärztebank eG Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)

### **Hinweis:**

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