

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 SGB V im Ausschreibungsverfahren
in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Name des antragstellenden MVZ:

Vertragssitz:

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon:

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!)

Praxisübernahme von:

Name, Anschrift, Kennziffer der Ausschreibung

Tätigkeitsort des angestellten Arztes:

- Hauptbetriebsstätte des MVZ mit _____ Stunden/Woche
- Zweigpraxis in _____ mit _____ Stunden/Woche
- ggf. weitere Zweigpraxen (bitte gesondert aufführen)

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR wird mit beigefügter Abbuchungserklärung beglichen.

Etwaige Bemerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift des/der
Geschäftsführungsbefugten des MVZ

Angaben zum anzustellenden Arztes:

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 _____

Promotion: _____

Diplom als _____ seit _____

Anerkennung als _____ seit _____

3. Arztregistereintragung

ist erfolgt am _____ wurde beantragt am _____

bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

Waren **bzw.** sind Sie bereits als angestellter Arzt in einer Praxis tätig?

ja nein

4. Nachweis über die ärztliche Tätigkeit des anzustellenden Arztes **vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung**

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
anzustellenden Arztes

Name (Druckbuchstaben)

Erklärungen

1. 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.

2. 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.

3. 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 und 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,- EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

(Ort, Datum)

Stempel und Unterschrift

An GB Finanzen weitergeleitet

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:

- ein Auszug aus dem Arztregister (**nicht notwendig, wenn der 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-Schirrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem antragstellenden Arztes, 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 hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Nr.5 Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des angestellten Arztes hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des angestellten Arztes über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtliche Tätigkeit (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 Medizinischen Versorgungszentrum

Bitte beachten!

Sofern geplant ist, den Praxissitz sofort zu verlegen, sind nachstehende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- Antrag auf Verlegung 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 Ärztekasse eG Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)**

Hinweis:

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

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