

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

in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

Name des antragstellenden MVZ:

Vertragsarztsitz:
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon:

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 angestellten Arztes:

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

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

Etwaige Bemerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift des/der
Geschäftsführungsbefugten des MVZ

Hinweis:

Bezüglich des angestrebten Jobsharings bedarf es der Zuordnung zu einem Arzt/einer Ärztin des MVZ. (Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Job-Sharing angestellten Arztes zu einem konkreten vertragsärztlich tätigen Arzt ergibt sich aus der Zuweisung arztbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.)

Falls Sie Fragen bezüglich der geforderten Zuordnung oder der Berechnung haben, wenden Sie sich bitte direkt und ausschließlich an das

Team Jobsharing (Abteilung Datenmanagement), Tel.: 0231/9432-3003

Angaben bezüglich der Jobsharing-Zuordnung

Herr / Frau _____ soll ab dem _____ als angestellte/r Arzt/Ärztin nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V in dem MVZ _____ beschäftigt werden.

Der angestellte Arzt / die angestellte Ärztin wird hinsichtlich des Jobsharings

Herrn / Frau Dr. med. _____ zugeordnet.

Im Falle des Ausscheidens des entsprechend zugeordneten Partners tritt an dessen/ deren Stelle die entsprechende Praxisnachfolge, sofern nicht eine andere Feststellung getroffen wird.

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel MVZ

Angaben zum anzustellenden Arzt:

1. Vor- und Zuname, akad. Titel: _____
PLZ, Wohnort, Straße/Nr.: _____
Telefon: privat _____ tagsüber: _____
Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____
Geschlecht: _____ Staatsangehörigkeit: _____

2. Staatsexamen: _____ Approbation: _____
Promotion: _____
Facharztanerkennung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung: _____

3. Sind Sie in einem Arztregister eingetragen? _____ Wann? _____
Falls ja, Eintragsnummer und KV-Bereich: _____

Waren **oder** sind Sie als angestellter Arzt nach § 95 Abs. 9 SGB V oder § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i. V. m § 32 b Ärzte-ZV tätig? ja/nein

Falls ja; Name und Anschrift des Praxisinhabers (*Angaben werden vertraulich behandelt*):

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

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Ort und Datum

Stempel bzw. Unterschrift des anzustellenden Arztes

Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, 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.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung persönlich und im angegebenen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

Ort, Datum

Unterschrift

Name
(Stempel oder Druckschrift)

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.

Ich erkläre, dass ich zur Zeit in **einem / keinem** (bitte Nichtzutreffendes streichen) Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von _____ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis oder die sonstige Tätigkeit ist mit Wirkung vom _____ beendet worden bzw. wird mit _____ Stunden pro Woche fortgeführt.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses oder der sonstigen Tätigkeit Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

(Ort, Datum)

Unterschrift

**Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk _____**

Anschrift:

angestellter Arzt:

BSNR:
OP-NR.:*

Erklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,-- EUR von meiner Vertragsarzt abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel

Gb Finanzen

erledigt am: _____

***(nicht vom Antragsteller auszufüllen)**

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V sind nach §§ 1 Abs. 3, 18 Ärzte-ZV i. V. m. Bedarfsplanungs-Richtlinie nachstehende Unterlagen des angestellten Arztes beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister
- 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 angestellten 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.

- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.
- Erklärung des angestellten Arztes über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (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.**

Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.

- schriftlicher Arbeitsvertrag
- Verpflichtungserklärung zur Leistungsbegrenzung (die entsprechende Formularerklärung wird Ihnen zu gegebener Zeit zur Verfügung gestellt) - **Gilt nur bei Anstellung nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V -**

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