

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)

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!)

Die Anstellung erfolgt im Rahmen einer Nachbesetzung von \_\_\_\_\_

- aufgrund dessen Ausscheidens
- oder dessen Reduzierung auf \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

Für den Fall, dass der Arzt, dessen Angestellten - Arztstelle ganz oder teilweise nachzubesetzen ist, ärztlicher Leiter war:

Die ärztliche Leitung erfolgt ab dem \_\_\_\_\_ durch folgenden Arzt/Ärzte:

\_\_\_\_\_

**Tätigkeitsort des angestellten Arztes:**

- Hauptbetriebsstätte des MVZ mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche
- Filiale in \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche
- ggf. weitere Filialen (bitte gesondert auflühren)

Etwaige Bemerkungen:

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Geschäftsführungsbefugten des 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? ja/nein; Falls ja, seit 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

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 Satz 6 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-Schirrigk-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 Rauschgiftsucht bzw. Trunksucht 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 (bei Nachbesetzung von angestellten Arztsitzen ohne Ausschreibung reduziert sich die Gebühr um 60,- EUR). Eine entsprechende Abbuchungserklärung wird bei der Antragsbearbeitung zugesandt.

**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,- EUR bzw. 200,- EUR 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.**

## Erklärung

**im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV**

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung persönlich und im erforderlichen Maße 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.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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