

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 2 SGB V
in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
nach vorherigem Verzicht auf die Zulassung

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!)

Tätigkeitsort des angestellten Arztes:

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

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

Etwaige Bermerkungen:

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. Bisheriger Vertragssitz:

3. Andere Tätigkeit außerhalb der beantragten Anstellung

keine Tätigkeit

Nebentätigkeit
(bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

Ort, Umfang (Wochenstunden)

Ort und Datum

Unterschrift des anzustellenden
Arztes

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

Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugunsten der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses in einem Medizinischen Versorgungszentrum

Name des antragstellenden Arztes: _____

Hiermit verzichte ich mit Ablauf des _____ auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung

als _____

in _____
(postalische Anschrift)

(Anschrift evtl. genehmigter Zweigpraxen bzw. ausgelagerter Praxisräume)

in einem Umfang von _____ Stunden pro Woche **oder** ganztätig

beim Medizinischen Versorgungszentrum

(Name)

in _____
(Vertragssitz)

(Unterschrift und Stempel)
(Unterschrift und Stempel)

Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Ich erkläre, 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 psychotherapeutischen Berufes nicht entgegenstehen.

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

Ich habe zur Zeit keine anerkannte Schwerbeschädigung.

Falls ja:

Minderung der Erwerbsfähigkeit von _____ %

ausgestellt vom Versorgungsamt _____

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

Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Regierungsbezirk

Anschrift:

LANR:
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)

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:

- Verzicht des anzustellenden Arztes auf die Zulassung zur Vertragspraxis 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)
- Erklärung hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Nr.5 Ärzte-ZV (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 Ärztebank eG Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)**

Hinweis:

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