

**Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses
der Ärzte und Krankenkassen
für den Regierungsbezirk**

- Arnsberg I
- Arnsberg II
- Münster
- Detmold

Fax Nr. 0231 / 94 32 39 27

Antrag auf Verlängerung der Frist zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit nach § 19 Abs. 2 Ärzte-ZV

Eingangsstempel des ZA

1. Antragssteller

Titel, Name, Vorname, _____

Gemeinschaftspraxis, MVZ _____

Praxisanschrift:

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Betriebsstättennummer:

2. Mit Beschluss

des Zulassungsausschusses vom _____ wurde die Genehmigung zur Anstellung der/des
_____ mit Wirkung vom _____ erteilt.

Die Frist zur Praxisaufnahme läuft am _____ ab.

3. Ich/Wir beantrage/n für

Name des angestellten Arztes: _____

Fachgebiet: _____

LANR:

die Verlängerung der Frist zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit bis zum _____.

Begründung des Antrages

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit (ärztliches Attest erforderlich) | <input type="checkbox"/> Mutterschutz/Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Pflege Angehöriger |
| <input type="checkbox"/> Kündigung des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses
<small>(Kündigungsbestätigung erforderlich)</small> | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

weitere Ausführungen (ggf. mit gesondertem Schreiben) _____

4. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr in Höhe von **120,00 €** bitten wir mit beigefügter Abbuchungserklärung zu begleichen.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst **nach** Entrichtung der zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.

Hinweis:

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss für Ärzte und Krankenkassen schriftlich mitzuteilen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Praxisinhabers/der Partner der
Gemeinschaftspraxis/des Geschäftsführers des MVZ

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I
- Arnsberg II
- Münster
- Detmold

Anschrift

LANR: _____

BSNR: _____

OP-NR: * _____

ERKLÄRUNG

Hiermit wird das Einverständnis erklärt, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr
in Höhe von

120,00 EUR

von der Vertragsarztabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem
Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

GB Finanzen

erledigt am: _____

* nicht vom Antragsteller auszufüllen