

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 Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

1. Antragsteller

Titel (akad. Grad) Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

männlich weiblich

Geburtsdatum Geburtsort Geschlecht

Tel.-Nr. tagsüber E-Mail-Adresse

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße und Hausnr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße und Hausnr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

2. Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

für das Fachgebiet _____

ggf. einschl. Schwerpunktbezeichnungen
und sonstigen Bezeichnungen nach ärztlichem Weiter-
bildungsrecht

für einen vollen Versorgungsauftrag oder

hälftigen Versorgungsauftrag

Praxisanschrift, Vertragsarztsitz _____
(Straße und Hausnummer)

Postleitzahl, Ort, Ortsteil

mit Wirkung ab dem _____
(Datum)

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

ja, Name der Institution: _____ nein

bzw. wird eine Kooperation mit einem Krankenhaus angestrebt

ja, die Vereinbarung liegt dem Antrag bei. nein

Nur bei Anträgen von Internisten oder Kinderärzten:

Ich nehme nach erfolgter Zulassung an der hausärztlichen fachärztlichen Versorgung teil.

Eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft (gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung, Behandlung und Abrechnung) ist geplant mit:

(Name, Vorname, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Hinweis:

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich. Das Antragsformular finden Sie auf unserer Homepage www.kvwl.de.

Wird die Praxis eines anderen Arztes übernommen? nein ja

Wenn ja, von wem?

(Name, Vorname, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Bei Übernahme einer Vertragsarztpraxis in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich trifft der Zulassungsausschuss bei Vorliegen mehrerer Zulassungsanträge eine Auswahlentscheidung, bei der u. a. die bisherige Dauer der ärztlichen Tätigkeit eine Rolle spielt. Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit wird nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 3 SGB V verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. Diesbezüglich bitten wir ggf. um entsprechende Angaben.

Bemerkungen:

etwaige weitere Bemerkungen zur Antragstellung:

3. Angaben zur Weiterbildung und Arztregistereintragung

3.1 Approbation und Weiterbildung

erteilt am _____ durch _____

Facharztanerkennung als: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Schwerpunktbezeichnung: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Fakultative Weiterbildung: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Besondere Fachkunde: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Zusatzbezeichnung: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Zusatz-Weiterbildung als: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

3.2 Arztregistereintragung

ist erfolgt am _____ wurde beantragt am _____

bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

4. Angaben über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragsarzt zugelassen, in einem MVZ oder in einer Praxis angestellt waren. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum.

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Sofern Sie mindestens fünf Jahre dauerhaft einer vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich nachgegangen sind, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 SGB V das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, geben Sie bitte den Praxissitz bzw. Arbeitgeber und Tätigkeitszeitraum an:

5. Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung

- keine Tätigkeit
- Nebentätigkeit (bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

Ort, Umfang (Wochenstunden)

6. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 100,-- EUR habe ich
am _____ der Kassenärztlichen Vereinigung
(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund,
IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)
überwiesen.

7. Erklärung zur Datenerhebung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Name
(Druckbuchstaben)

1. Ich erkläre hiermit, 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.
2. 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.
3. 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.

(Ort, Datum)

Unterschrift

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Zulassung zur Vertragsarztpraxis sind nach § 18 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister (nicht notwendig, wenn der Arzt im Register der KVWL 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-Schimrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem antragstellenden 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.

- Erklärung des Antragstellers über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 100,00 EUR. **Es wird um Verständnis gebeten, dass gem. § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.**

Bitte beachten!

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

- formloser Antrag 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 der Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 EUR fällig.

- Sofern eine Nebentätigkeit beantragt wird, bitte auf gesondertem Schreiben beantragen/begründen!

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

Merkblatt

für Ärzte, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben und derzeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen

Bei Ärzten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragen und in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, kann einer Zulassung entgegenstehen, dass der Arzt wegen des Beschäftigungsverhältnisses für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in dem erforderlichen Maße zur Verfügung steht bzw. eine Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Bei Vorliegen dieser Hinderungsgründe für die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kann es sich gleichwohl empfehlen, nicht vor Bestandskraft der Zulassung das bestehende Beschäftigungsverhältnis zu kündigen. Liegen bei dem Arzt die genannten Hinderungsgründe vor, kann er vom Zulassungsausschuss unter der Bedingung zugelassen werden, dass der seiner Eignung entgegenstehende Grund spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt beseitigt wird, in dem die Entscheidung über die Zulassung unanfechtbar geworden ist. Erteilt der Zulassungsausschuss diese Bedingung, so ist der Arzt verpflichtet, sein Beschäftigungsverhältnis innerhalb von 3 Monaten nach Bestandskraft der Zulassung zu beenden. Bis zum Eintritt dieser Bedingung ist die Zulassung nicht wirksam, d. h. der Arzt darf nicht vertragsärztlich tätig werden. Wird die der Zulassung entgegenstehende Beschäftigung nicht beendet, so ist der Zulassungsausschuss berechtigt und verpflichtet, nach Ablauf der gesetzten Frist die Zulassung des Arztes zu beenden.