

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 Umwandlung eines Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung zur Vertragsarztpraxis

Name des antragstellenden Vertragsarztes: _____

Praxisanschrift: _____
(Ort, Straße, Hausnummer)

Ich beantrage

- die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung und Beendigung der Anstellungsgenehmigung für:**

_____ mit Ablauf des _____
(Name des bisher ang. Arztes) (Datum)

- Übernahme der Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag mit Wirkung vom _____**

(Datum)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des antragstellenden Vertragsarztes

Name

(Stempel oder Druckschrift)

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. 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.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss für Ärzte schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Übernahme des weiteren hälftigen Versorgungsauftrages sind nach § 18 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- Erklärung über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
Sofern eine Nebentätigkeit beantragt oder fortgesetzt wird, bitte in einem gesondertem Schreiben erläutern und begründen!
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst
(liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 100,-- 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.