

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 / Medizinischen Versorgungszentrums/
der Gemeinschaftspraxis:

Praxisanschrift:

(Ort, Straße, Hausnummer)

**Ich/Wir beantrage(n) die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine
Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

Name des zuzulassenden Arztes (bisher angestellter Arzt):
(Titel (akad. Grad), Name, Vorname)

für

(Praxisanschrift, Vertragsarztsitz)

_____ (Straße, Nr.)

_____ (PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum

_____ voraussichtliches Niederlassungsdatum

_____ Ort und Datum

_____ Stempel und Unterschrift des
antragstellenden Vertragsarztes /
MVZ/der Gemeinschaftspraxis

HINWEIS: Wir bitten Sie, das Formular gemeinsam mit dem anliegenden
Zulassungsantrag des zuzulassenden Arztes sowie – falls die Genehmigung
einer *Berufsausübungsgemeinschaft beabsichtigt ist* – mit dem Formular für
die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit zurück zu senden.

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 _____ 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.

3. Weitere Teilnahmeformen

Waren bzw. sind Sie zur Vertragsarztpraxis zugelassen bzw. in einem weiteren MVZ oder einer weiteren Vertragsarztpraxis angestellt? ja nein

Vertragsarzt Ang. Arzt

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

ggf. weitere:

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

Wenn ja, sind Sie mindestens fünf Jahre dauerhaft einer vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nachgegangen?

ja nein

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

ggf. weitere:

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

4. 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.

5. Nachweis über die ärztliche Tätigkeit **ab dem Zeitpunkt der Eintragung in das Arztregister bis zum Tage der Antragstellung**

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

6. **Andere Tätigkeiten außerhalb der Zulassung**

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

Ort, Umfang (Wochenstunden)

 Ort und Datum

 Stempel und Unterschrift

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.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gem. § 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.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass meine Zulassung im Vertragsarztverzeichnis der KVWL veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift

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. 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.

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:

- unterschriebener Lebenslauf
- Erklärung über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
Sofern eine Nebentätigkeit beantragt wird, bitte in einem gesondertem Schreiben erläutern und begründen!
- Erklärung des 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.

Hinweis:

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

Da Sie im Arztregister eingetragen sind, erübrigt sich die Übersendung derjenigen Unterlagen, die bereits im Arztregister hinterlegt sind. Dies gilt insbesondere für die Tätigkeitsnachweise bis zum Zeitpunkt der Eintragung.

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.