

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 Ruhen der Zulassung
zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
nach § 26 Ärzte-ZV**

1. Antragssteller

_____ (Titel, Name, Vorname)

Fachgruppe: _____

2. Ich beantrage

- das erstmalige Ruhen meiner Zulassung
- die Verlängerung des Ruhens meiner Zulassung
(**nur** bei Krankheit: Vorlage eines ärztlichen Attestes)

für einen vollen Versorgungsauftrag

oder

hälftigen Versorgungsauftrag

Praxisanschrift, Vertragssitz _____
(Straße und Hausnummer)

_____ (Postleitzahl und Ort)

Betriebsstättennummer _____

Zeitraumes des Ruhens:
vom _____ bis zum _____

Begründung des Antrages

- Krankheit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Weiterbildung
- Pflege Angehöriger

etwaige weitere Bemerkungen:

3. Sprechzeiten (NUR bei häftigem Ruhen der Zulassung erforderlich)

Während des Zeitraums des häftigen Ruhens werde ich wie folgt vertragsärztlich tätig sein:

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	vormittags von	bis	nachmittags von	bis
Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche: _____										

4. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 c Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR habe ich am _____ der Kassenärztlichen Vereinigung (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, 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 antragstellenden Vertragsarztes