



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes
nach § 95 Abs. 9 SGB V
nach vorherigem Verzicht auf die Zulassung
Teil 1 – (vom Praxisinhaber auszufüllen)

Antragsteller: Praxisinhaber oder BAG

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

(N)BSNR:

Praxisanschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

Angaben zur beantragten Anstellung

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen

Beschäftigungsbeginn:

Angaben zum Beschäftigungsumfang

Auch für angestellte Ärzte gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.

Faktor 0,25 mindestens 6 Stunden und 15 Minuten

Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten betragen.

- Faktor 0,25 bis zu 10 Stunden pro Wochen
- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1 über 30 Stunden pro Woche

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

im Umfang von (Wochenstunden):

Angaben zum derzeitigen Standort

bisheriger Vertragsarztsitz:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung des Vertragsarztsitzes:

- Ich / Wir beantrage(n) die Verlegung des Praxissitzes

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV:

Tätigkeitsort des anzustellenden Arztes

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift :

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung:

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

Bei Genehmigungen zur Anstellung eines Arztes beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern die sofortige Verlegung des Sitzes beantragt wird entsteht eine **zusätzliche** Gebühr in Höhe von 120,00 EUR.

Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des
Praxisinhabers / **aller** Partner der BAG)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes
nach § 95 Abs. 9 SGB V
nach vorherigem Verzicht auf die Zulassung
Teil 2 – (vom anzustellenden Arzt auszufüllen)

Angaben zum anzustellenden Arzt

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
----------------------	--	--------------------	--

Wohnort:

PLZ:		Ort:		
Straße:			Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Bezeichnung

Ggf. LANR	
------------------	--

nur für Fachärzte für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin

Ich erkläre meine Teilnahme an der

- hausärztlichen Versorgung fachärztlichen Versorgung

Weitere Tätigkeiten neben der vertragsärztlichen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit ausüben
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

Name der Institution	
in (Anschrift)	
im Umfang von (Wochenstunden)	

Erforderliche Erklärungen zum Antrag

Erklärung zur Teilnahme am Notfalldienst

- 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.

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.

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Verzichtserklärung
- Schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber, dem MVZ oder der BAG

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des anzustellenden Arztes)

Anlage: Verzichtserklärung

Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugunsten der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses bei einem Vertragsarzt, einem MVZ oder einer Berufsausübungsgemeinschaft

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

mit Ablauf des:

als Facharzt für

in:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

ggf. Anschrift einer genehmigten Zweigpraxis / ausgelagerter Praxisräume
(PLZ, Ort, Straße und Hausnummer)

unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung

als Facharzt für

im Umfang von
(Wochenstunden)

bei / in / am der BAG / am MVZ

Name des
Vertragsarztes oder
der BAG / des MVZ:

Praxisanschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

(Ort, Datum)

Unterschrift des anzustellenden Arztes