



E-Mail: ZA@KVWL.de Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf **Erhöhung des Beschäftigungsumfanges**
eines angestellten Arztes nach § 95 Abs. 9 SGB V

Antragsteller: Praxisinhaber / BAG / MVZ

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)/ des bestehenden
MVZ

(N)BSNR:

Praxisanschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

Angaben zum angestellten Arzt

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad)

LANR:

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen

Angaben zum Beschäftigungsumfang und Zeitpunkt

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

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

bisheriger im Umfang von
(Wochenstunden):

zukünftiger im Umfang von
(Wochenstunden):

Die zukünftige Stundenzahl entspricht:

- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1 über 30 bis 40 Stunden pro Woche

beabsichtigter Termin zur Änderung:

Angaben zur Versorgungssituation *-Bitte zwischen a), b) und c) auswählen!*

a) Reaktivierter Planungsbereich

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs wird in einem reaktivierten Planungsbereich beantragt.

oder

b) Ausschreibungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs erfolgt im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens (Ausgeschriebener Vertragsarztsitz).

Übernahme der Praxis bzw. des Sitzes von

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

oder

Kennzahl der Ausschreibung:	
------------------------------------	--

Nur auszufüllen bei sofortiger Verlegung im Ausschreibungsverfahren:

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

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

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

oder

c) Nachbesetzungsverfahren

- Die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs erfolgt im Rahmen der Nachbesetzung des bestehenden Angestelltenverhältnisses von

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

aufgrund dessen Reduzierung auf

Neue Wochenstunden:	
----------------------------	--

oder

aufgrund dessen Ausscheidens.

Falls nicht bereits mitgeteilt:

Hiermit zeige(n) ich/wir an, dass die Beschäftigung von

Name:	
--------------	--

Vorname:	
-----------------	--

Titel (akad. Grad):	
----------------------------	--

als angestellte/r Arzt/Ärztin

mit Ablauf des:	
------------------------	--

beendet wird/wurde.

Tätigkeitsort des angestellten 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 im Rahmen einer Nachbesetzung (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungs-umfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr **jeweils** 60,00 EUR.

Bei Anträgen in reaktivierten Planungsbereichen und im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Sofern im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens 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.

Anlagen

- schriftliche Nachtragsvereinbarung zum Arbeitsvertrag
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit des angestellten Arztes:

- entsprechender Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Praxisinhabers/ aller Partner der BAG/ des Geschäftsführers des MVZ)

Anlage
zum Antrag **auf Erhöhung des Beschäftigungsumfanges** eines angestellten
Arztes nach § 95 Abs. 9 SGB V
(vom angestellten Arzt auszufüllen)

Angaben zum angestellten Arzt

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Weitere Tätigkeiten neben der vertragsärztlichen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeiten 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)	

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

(Ort, Datum)

Unterschrift des angestellten Arztes