



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 95 Abs. 9 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)  
nach vorherigem Verzicht auf die Zulassung  
**Teil 1 – (vom Geschäftsführer des MVZ auszufüllen)**

**Angaben zum Antragsteller (Trägergesellschaft oder  
Berufsausübungsgemeinschaft):**

<b>Name:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Haus- nummer:</b>	

**Falls abweichend Angaben zur Betriebsstätte bzw. Angaben zur  
Berufsausübungsgemeinschaft**

<b>Name:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Haus- nummer:</b>	
<b>BSNR:</b>			

**Angaben zu dem / zu den Vertretungsberechtigten**

<b>Name:</b>			
<b>Vorname:</b>			
<b>Titel (akad. Grad):</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>E-Mail:</b>			

## 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)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ)

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

**Angaben zum anzustellenden Arzt**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
----------------------	--	--------------------	--

Wohnort:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
-----------------	--	-------------	--

<b>E-Mail:</b>	
----------------	--

--

**Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Bezeichnung**

<b>Ggf. LANR</b>	
------------------	--

**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).

<b>Name der Institution</b>	
<b>in (Anschrift)</b>	
<b>im Umfang von (Wochenstunden)</b>	

### 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

<b>mit Ablauf des:</b>	
------------------------	--

<b>als Facharzt für</b>

in:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

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

**unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung**

<b>als Facharzt für</b>

<b>im Umfang von (Wochenstunden)</b>	
--------------------------------------	--

bei / in / am der BAG / am MVZ

<b>Name des Vertragsarztes oder der BAG / des MVZ:</b>	
--	--

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anzustellenden Arztes