



Antrag auf **Aufhebung / Reduzierung** der Beschränkung
der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
durch **Umwandlung** des Anstellungsverhältnisses

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:	
----------------	--

Antragsart

Ich beantrage die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses und Aufhebung / Reduzierung der Beschränkung meiner Zulassung durch Beendigung der Anstellungsgenehmigung für

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

LANR:	
--------------	--

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

und meiner Übernahme des folgenden Versorgungsauftrages:

- hälftig ein Viertel

mit Wirkung vom:	
-------------------------	--

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 über ein bestehendes Dienst- und Beschäftigungsverhältnis

- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.
- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.

im Umfang von (Wochenstunden)	
--------------------------------------	--

Das Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/> wird <input type="checkbox"/> wurde gekündigt mit Wirkung vom:	
Das Beschäftigungsverhältnis wird fortgeführt mit (Wochenstunden)	

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss schriftlich in Kenntnis zu setzen.

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.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung:

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

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

Antragsgebühr

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlende Gebühr verhandelt.

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 100,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Anlagen:

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

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

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift)