



E-Mail: [ZA@KVWL.de](mailto:ZA@KVWL.de) Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf **Umwandlung** eines Anstellungsverhältnisses in eine  
Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

**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:

**Antragsart**

Ich/Wir beantrage(n) die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung zur  
Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

Praxisanschrift:

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

<b>LANR:</b>	
--------------	--

<b>mit Wirkung vom:</b>	
-------------------------	--

### Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich/Wir habe(n) 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(n) ich/wir 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.

### Anlagen / Hinweise

**Die Bearbeitung dieses Antrages ist nur bei gemeinsamer Einreichung des Antrages auf Zulassung des derzeit angestellten Arztes möglich.**

- Der Antrag auf Zulassung zur Vertragsarztpraxis des derzeit angestellten Arztes ist beigefügt.
- Der Antrag auf Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit (BAG) ist beigefügt.
- Die Ausübung gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geplant.
- 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)

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