



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

Antrag auf **Zulassung** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 24 Ärzte-ZV (**Jobsharing**)

Antragsteller

| | |
|--------------------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Titel (akad. Grad): | |

| | | | |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Geboren am: | | Geburtsort: | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> Männlich | <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Divers |

Privatanschrift:

| | | | |
|----------------|--|--------------------|--|
| PLZ: | | Ort: | |
| Straße: | | Hausnummer: | |

ggf. zukünftiger Wohnort zum Zeitpunkt der Niederlassung:

| | | | |
|-----------------------|--|--------------------|--|
| PLZ: | | Ort: | |
| Straße: | | Hausnummer: | |
| Wirkungsdatum: | | | |

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

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

Angaben zur beantragten Zulassung

Umfang der Versorgungstätigkeit¹:

- voll drei Viertel hälftig

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen:

Praxisanschrift:

| | | | |
|----------------|--|--------------------|--|
| PLZ: | | Ort: | |
| Straße: | | Hausnummer: | |

mit Wirkung ab dem: (nach § 40 BPL-RL nur zu Quartalsbeginn möglich)

Lage der Praxisräume / Kooperation mit einem Krankenhaus

Die Praxis befindet sich in den Räumen einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

- nein
 ja. Die vertragliche Vereinbarung mit dem Kooperationspartner liegt bei.

Name der Institution

Kooperationen

Die Praxis wird zukünftig geführt als

- örtliche Berufsausübungsgemeinschaft
 überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

mit maßgeblichem Vertragsarztsitz (Hauptstandort) in

| | | | |
|----------------|--|--------------------|--|
| PLZ: | | Ort: | |
| Straße: | | Hausnummer: | |

- KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft

mit maßgeblichem Vertragsarztsitz (Hauptstandort) in

| | | | |
|----------------|--|--------------------|--|
| PLZ: | | Ort: | |
| Straße: | | Hausnummer: | |

mit folgenden Partnern:

| |
|--|
| |
| Titel, Vorname, Name des BAG-Partners |

| |
|--|
| |
| Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners) |

| |
|--|
| |
| Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners) |

| |
|--|
| |
| Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners) |

(Weitere BAG-Partner ggfs. in einer Anlage aufführen)

Hinweis: Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in der Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist die Vorlage eines BAG-Vertrages erforderlich.

Der im Jobsharing zugelassene Arzt und der ihm zugeordnete BAG-Partner müssen am gleichen Standort hauptsächlich tätig sein.

Bezüglich des angestrebten Jobsharings bedarf es der Zuordnung zu einem Partner der BAG. (Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Jobsharing zugelassenen Arztes zu einem konkreten Vertragsarzt aus einer mehrgliedrigen BAG ergibt sich aus der Zuweisung arztbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.) Diese Zuordnung hat keine Auswirkung auf die Anwartschaft des Jobsharings-Partners, nach Ablauf vor 10 Jahren mit ununterbrochener Zugehörigkeit zu der Berufsausübungsgemeinschaft eine „Vollzulassung“ zu erwerben.

Der im Jobsharing zugelassene Arzt wird

| |
|--|
| |
|--|

zugeordnet werden.

Im Falle des Ausscheidens des zugeordneten Partners tritt an dessen/ deren Stelle die entsprechende Praxismachfolge, sofern die Partner der BAG nicht übereinstimmend eine andere Feststellung treffen.

Praxismgemeinschaft (PG)

(gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und –einrichtungen sowie Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung und Abrechnung) mit folgenden Ärzten:

| |
|--|
| |
| Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners) |

| |
|--|
| |
| Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners) |

| |
|--|
| |
| Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners) |

| |
|--|
| |
| Titel, Vorname, Name, (Sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners) |

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) | |

Arztregistereintragung

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| ist erfolgt am: | | wurde beantragt am: | |
| bei der Kassenärztlichen Vereinigung: | | | |

Angaben zur Aus- und Weiterbildung

Sofern eine Arztregistereintragung vorliegt, ist eine Angabe der Daten unter dem Punkt „Angaben zur Aus- und Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arztregistereintragung erworbene bzw. nicht im Registerauszug aufgeführte Weiterbildungen ggf. ergänzen.

| | | | |
|-----------------------------------|--|------------|--|
| Approbation erteilt durch: | | am: | |
|-----------------------------------|--|------------|--|

| | Genauere Bezeichnung: | Prüfung am / Anerkennung am: |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Facharztanerkennung als: | | |
| Schwerpunktbezeichnung: | | |
| Fakultative Weiterbildung: | | |
| Besondere Fachkunde: | | |
| Zusatzbezeichnung: | | |
| Zusatzweiterbildung: | | |

Angaben über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragsarzt zugelassen oder in einem MVZ/ in einer Praxis angestellt waren oder sind. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum. Ggf. nutzen Sie bitte eine gesonderte Aufstellung und fügen diese als Anlage bei:

| von | bis | Ort | Einrichtung | Stellung/Funktion |
|------------|------------|------------|--------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

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 wird 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.

Antragsgebühr

Die Antragsgebühren nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von **100,00 EUR** für die Zulassung und **120,00 EUR** für die Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN
DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

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

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Ein von allen zukünftigen Partnern unterschriebener BAG-Vertrag
- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG)
 - Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.

Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.

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 Antragstellers)

Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit
(von allen zukünftigen BAG-Partnern auszufüllen)

Ich/Wir beantrage(n) hiermit die Genehmigung zur Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft

mit Wirkung vom:

Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR pro Partner wurden an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

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

Anlagen

Ein von allen zukünftigen Partnern unterschriebener BAG-Vertrag

ist beigefügt.

wird aufgrund des Verwandtschaftsverhältnisses nicht abgeschlossen.

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

Mit unseren Unterschriften versichern wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

Unterschrift **aller** Antragsteller

| Name, Vorname (In Druckbuchstaben) | Unterschrift |
|---------------------------------------|--------------|
| | |
| | |
| | |

Weitere Antragsteller müssen in einer Anlage benannt werden.