



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Dresden  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

## Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes mit Leistungsbegrenzung

### 1. Antragsteller

.....  
Praxisinhaber oder MVZ

.....  
Anschrift Betriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

### 2. Antrag auf Anstellung von

.....  
Titel, Name, Vorname

.....  
Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Anstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

.....  
Fachgebietsbezeichnung/Schwerpunkt

- fachärztliche Versorgung
- hausärztliche Versorgung

.....  
an der Betriebsstätte/ bzw. Nebenbetriebsstätte <sup>1</sup>

- |  |                                      |                               |                                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in Vollzeit <u>oder</u> | <input type="checkbox"/> in Teilzeit | <input type="checkbox"/> 0,25 | (mind. 6,25 und bis zu 10 h/ Woche) |
| (mehr als 30 h pro Woche)                        | (Faktor bitte ankreuzen)             | <input type="checkbox"/> 0,5  | (mind. 12,5 und bis zu 20 h/Woche)  |
|  |                                      | <input type="checkbox"/> 0,75 | (mehr als 20 und bis zu 30 h/Woche) |

mit ..... Wochenstunden ab .....  
Datum der Anstellung

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,- €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer. Beachten Sie bitte auch, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

Hinweis: Nach rechtskräftiger Anstellungsgenehmigung ist gemäß § 46 Abs. 2 Buchst. c) Ärzte-ZV eine Gebühr von 400,- € sowie nach erfolgter Eintragung in das nach § 32b Abs. 4 Ärzte-ZV zu führende Verzeichnis entsprechend Buchst. d) eine Gebühr von 400,- € zu entrichten.

### Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

<sup>1</sup> ggf. gesonderte Genehmigung der KVS

## Angaben zum anzustellenden Arzt

### 1. Voraussetzung zur Anstellung

- Eintragung im Arztregister  bereits eingetragen  
(der Auszug über die Eintragung ist vorzulegen)
- Eintragung beantragt

bei der .....

Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

### 2. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen des angestellten Arztes bei:

- tabellarischer Lebenslauf einschließlich Unterschrift
- Nachweise über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit der Eintragung im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu dieser Antragstellung
- Behördliches** Führungszeugnis - Belegart O - (darf zum Zeitpunkt dieser Antragstellung nicht älter als 3 Monate sein) wurde beantragt am ..... bei .....
- schriftlicher Arbeitsvertrag (im Original)
- Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG (im Original)
- Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“

### 3. Derzeitige Tätigkeit

- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis .....  
als .....
- bei .....
- zugelassener Vertragsarzt oder  zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Arzt
- im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung .....
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum .....
- Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil von ..... Stunden weitergeführt.  
(Der entsprechende Arbeitsvertrag ist im Original vorzulegen.)
- ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

### 4. Erklärungen

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht **drogen- und alkoholabhängig** bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen **Drogen- oder Alkoholabhängigkeit** unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des anzustellenden Arztes

## Anlage zum Antrag auf Anstellung eines Arztes

### Erklärung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit bei Anstellung eines Arztes mit Leistungsbeschränkung

1. Der/Die Unterzeichner verpflichtet/verpflichten sich, während des Bestandes der Praxis/der BAG und der Anstellung eines Arztes den am ..... (Zeitpunkt der Antragstellung) bestehenden Praxisumfang, wie er aus der beiliegenden Erklärung zur Leistungsbeschränkung ersichtlich ist, nach Menge der Leistungen nicht wesentlich - im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie - zu überschreiten. Er/Sie erkennt/erkennen die insoweit nach Maßgabe von § 60 der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den Zulassungsausschuss entsprechend der vorgenannten Erklärung zur Leistungsbeschränkung an.
2. Der/Die Unterzeichner verpflichtet/verpflichten sich, die Beendigung der Anstellung des Arztes unverzüglich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitzuteilen. Damit endet gleichzeitig die o. g. Leistungsbeschränkung.
3. Der Unterzeichner/Die Unterzeichner haftet/haften für Folgen, die sich aus einer verspäteten Mitteilung ergeben.

### Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

### Bei BAG:

1.

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift BAG-Partner

2.

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift BAG-Partner