



Zulassungsausschuss-Ärzte-Dresden  
Postfach 10 06 41  
01076 Dresden

## Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes

### 1. Antragsteller

.....  
Praxisinhaber oder MVZ

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

### 2. Antrag auf Anstellung von

.....  
Titel, Name, Vorname

.....  
Fachgebietsbezeichnung  fachärztliche Versorgung  
 hausärztliche Versorgung

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

ganztägig oder  in Teilzeit  0,25 (bis 10 h pro Woche)  
(über 30 h pro Woche) (Faktor bitte ankreuzen)  0,5 (über 10 – 20 h pro Woche)  
 0,75 (über 20 – 30 h pro Woche)

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

Die Gebühr von 120,- EUR für den Antrag auf Genehmigung eines anzustellenden Arztes wurde auf das

Konto-Nr.: **0 003 095 010**  
BLZ: **300 606 01**  
bei Kreditinstitut: **Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf**  
Zahlungsgrund: **311 100**

am: ..... gezahlt/überwiesen.

Hinweis: Nach rechtskräftiger Anstellungsgenehmigung ist gemäß § 46 Abs. 2 Buchst. c) Ärzte-ZV eine Gebühr von 400,- EUR sowie nach erfolgter Eintragung in das nach § 32b Abs. 4 Ärzte-ZV zu führende Verzeichnis entsprechend Buchst. d) eine Gebühr von 400,- EUR 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 0 - (darf zum Zeitpunkt dieser Antragstellung nicht älter als 3 Monate sein)
- liegt bei
- wurde beantragt am ..... bei .....
- schriftlicher Arbeitsvertrag (im Original)

### 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 rauschgiftsüchtig 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 Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des anzustellenden Arztes