

Zulassungsausschuss - Ärzte - Leipzig



Zulassungsausschuss-Ärzte-Leipzig
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig

Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

1. Antragsteller

.....
Titel, Name, Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsort

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

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

2. Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

voller Versorgungsauftrag

hälftiger Versorgungsauftrag

fachärztliche Versorgung¹

hausärztliche Versorgung¹

psychotherapeutisch tätiger Arzt²

.....
Fachgebietsbezeichnung

.....
Schwerpunktbezeichnung

für die Betriebsstätte (Praxisanschrift)

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Tel.:

.....
FAX:

zum

.....
voraussichtl. Niederlassungsdatum

Ich übernehme die Praxis von

.....
Name, PLZ, Ort

¹ siehe Hinweise unter 7.1.

² siehe Anlage zum Antrag auf Zulassung als psychotherapeutisch tätiger Arzt

3. Zulassungsvoraussetzungen

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

bei der

.....
Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung**4. 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

5. Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- 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
- Die Gebühr von 100,- EUR für den Antrag auf Zulassung wurde auf das

Konto-Nr.: **0 003 127 265**
 BLZ: **300 606 01**
 bei Kreditinstitut: **Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf**

Zahlungsgrund: **Zulassungsantrag**

am: gezahlt/überwiesen.

6. Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit

.....

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in BAG bedarf der Genehmigung durch den
Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich.

7. Hinweise:

1. Verschiedene Leistungen (z. B. Röntgen, Sonographie etc.) können nur dann durchgeführt und abgerechnet werden, wenn hierfür eine besondere Genehmigung durch die KV Sachsen erteilt wurde. Bitte fügen Sie deshalb diesem Antrag den jeweiligen Erhebungsbogen für die fachärztliche oder hausärztliche Versorgung bei.
2. Für die Abrechnung mit Datenträgern (EDV) ist ebenfalls ein gesonderter Antrag zu stellen.

Bemerkungen des Antragstellers (z. B. Führen von Zusatzbezeichnungen)

.....

.....

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

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.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung für die Versorgung der Versicherten persönlich im erforderlichen Maße zur Verfügung stehe.

Ich werde die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der KV Sachsen gemäß Vorgabe der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software durchführen.

Für die Abrechnung mit Datenträgern (EDV) wird das verwendete EDV-System zur Bestätigung angezeigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift