

Zulassungsausschuss Ärzte Leipzig



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Leipzig  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

**Antrag  
auf Genehmigung oder Erweiterung  
einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)**

**Antragsteller<sup>1</sup>**

**Antragsteller 1**

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebiet

LANR 

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

 (soweit vorhanden)

Betriebsstätte: .....  
PLZ/Ort/Straße

Bei MVZ:

Name: .....

Ärztlicher Leiter: .....

**Antragsteller 2**

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebiet

LANR 

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

 (soweit vorhanden)

Betriebsstätte: .....  
PLZ/Ort/Straße

Bei MVZ:

Name: .....

Ärztlicher Leiter: .....

<sup>1</sup> Für weitere Antragsteller bitte Zusatzblatt beifügen!

**Antragsteller 3**

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebiet

LANR 

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

 (soweit vorhanden)

Betriebsstätte: .....  
PLZ/Ort/Straße

Bei MVZ:

Name: .....

Ärztlicher Leiter: .....

**Antragsteller 4**

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebiet

LANR 

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

 (soweit vorhanden)

Betriebsstätte: .....  
PLZ/Ort/Straße

Bei MVZ:

Name: .....

Ärztlicher Leiter: .....

**Antragsteller 5**

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebiet

LANR 

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

 (soweit vorhanden)

Betriebsstätte: .....  
PLZ/Ort/Straße

Bei MVZ:

Name: .....

Ärztlicher Leiter: .....

**Antragstellung**

- Beantragt wird die Genehmigung zur gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen einer

- örtlichen BAG  
 überörtlichen BAG

**(bei überörtlicher BAG) Benennung der Hauptbetriebsstätte:**

Betriebsstättenanschrift: .....

- Beantragt wird die Genehmigung zur Erweiterung einer bereits bestehenden

- örtlichen BAG  
 überörtlichen BAG

**(bei überörtlicher BAG) Änderung Benennung der Hauptbetriebsstätte:**

- ja

Neue Betriebsstättenanschrift: .....

- nein

**Zeitpunkt**

des Tätigkeitsbeginns/der Erweiterung der BAG

ab .....(vorzugsweise zum Quartalsbeginn)

**Antragsgebühr**

- bei Neugründung: **120,- € je Antragsteller**  
 bei Erweiterung: **120,- € je beitretenden Antragsteller**

**Zahlungen bitte erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer vornehmen. Eine Entscheidung des Zulassungsausschusses erfolgt erst nach dem Zahlungseingang der Antragsgebühr.**

**Antragsunterlagen**

**Dem Zulassungsausschuss ist der unterschriebene Gesellschaftsvertrag oder, bei einem Gesellschaftsbeitritt, der Änderungsvertrag zum Gesellschaftsvertrag (jeweils im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie) vorzulegen.**

**Bei Errichtung einer BAG in Form einer Partnerschaft:**

Bei Gründung der BAG als Partnerschaft ist deren Eintragung in das Partnerschaftsregister vorzunehmen. **Der Auszug aus dem Partnerschaftsregister ist dem Zulassungsausschuss vorzulegen.**

**Erklärungen<sup>2</sup>**

Die Unterzeichner haben davon Kenntnis genommen, dass alle Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen auf ein von ihnen zu benennendes gemeinsames Konto erfolgen.

Den Unterzeichnern ist bekannt, dass die freie Arztwahl trotz gemeinschaftlicher Berufsausübung gewährleistet sein muss.

Die Unterzeichner verpflichten sich, Änderungen bzw. die Beendigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unverzüglich dem zuständigen Zulassungsausschuss mitzuteilen. Die Unterzeichner haften für die Folgen, die sich aus einer verspäteten Mitteilung ergeben.

Den Unterzeichnern ist schließlich bekannt, dass die vorstehenden Erklärungen für die Dauer der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gelten.

Die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist der Sächsischen Landesärztekammer anzuzeigen.

**Hinweis Datenschutz**

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).

.....  
Datum, Ort.....  
Unterschrift Antragsteller 1.....  
Datum, Ort.....  
Unterschrift Antragsteller 2.....  
Datum, Ort.....  
Unterschrift Antragsteller 3.....  
Datum, Ort.....  
Unterschrift Antragsteller 4.....  
Datum, Ort.....  
Unterschrift Antragsteller 5

---

<sup>2</sup> Für weitere Unterschriften von Antragstellern Zusatzblatt beifügen!