

Zulassungsausschuss - Ärzte - Chemnitz

Zulassungsausschuss - Ärzte - Chemnitz  
Postfach 1164  
09070 Chemnitz



## Antrag auf Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung

### I. Antrag

#### 1. Antragsteller

Praxisinhaber/Geschäftsführer MVZ

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

#### 2. Antrag

Hiermit beantrage ich die Umwandlung der genehmigten Anstellung in eine Zulassung von<sup>1</sup>

Titel, Name, Vorname, Geburtsdatum

Fachgebietsbezeichnung

- fachärztliche Versorgung
- hausärztliche Versorgung

ggf. Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzbezeichnung

bisher beschäftigt in der Betriebsstätte (Beschäftigungsort)

Hinweis: Die Zulassung erfolgt für den bisherigen Beschäftigungsort. Ist durch den künftigen Zulassungsinhaber allerdings eine Praxisführung an einem anderen Beschäftigungsort geplant, dann ist in einem gesonderten Verfahren die **Verlegung des Vertragsarztsitzes** zu beantragen.

<sup>1</sup> Siehe auch Abschnitt II.

### 3. Angaben zum Umfang der bisherigen Angestelltentätigkeit lt. Anstellungsgenehmigung des Zulassungsausschusses

- vollzeitige Anstellung  Teilzeitanstellung im Umfang von 0,5 einer vollzeitigen Anstellung

Hinweis: Die Umwandlung in eine Zulassung erfolgt im Umfang der bisherigen Anstellung. Bei einer bisherigen vollzeitigen Anstellung ist darüber hinaus auch eine Umwandlung in eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag unter Beibehaltung einer entsprechend reduzierten Anstellung möglich.

### 4. Folgen der Umwandlung

- Der bisher angestellte Arzt soll Inhaber einer Zulassung mit
- vollem  hälftigem

Versorgungsauftrag werden.

Hinweis: Bei einer Umwandlung in eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag bei gleichzeitiger Reduzierung des Umfangs der bisherigen vollzeitigen Anstellung ist ein geänderter Arbeitsvertrag vorzulegen.

- Der Vertragsarztsitz soll mit einem anderen Arzt im Wege einer Nachfolgezulassung besetzt werden.

Die Umwandlung soll nur unter der Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger für den umgewandelten Vertragsarztsitz zugelassen wird.

In diesem Fall ist gleichzeitig mit dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung ein Antrag auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes bei der KV Sachsen zu stellen. Der Antrag liegt bei (**Anlage 1**).

### 5. Zeitpunkt der Umwandlung/Zulassung

mit Wirkung zum \_\_\_\_\_

**Die bisherige Anstellung wird zum genannten Zeitpunkt entsprechend beendet/reduziert.**

### 6. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** 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.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Antragstellers

## II. Angaben des zukünftigen Zulassungsinhabers (nicht bei öffentlicher Ausschreibung)

### 1. Ärztliche Tätigkeiten neben der beantragten Zulassung

- kein weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- keine weitere vertragsärztliche Tätigkeit
- folgende weitere vertragsärztliche Tätigkeit

---

als

---

bei (Praxis, einschließlich BSNR oder ggf. NBSNR)

- folgende weitere ärztliche Tätigkeit (Angabe Einrichtungsname, z. B. Krankenhaus)

---

als

---

bei

Die Tätigkeit wird im Anteil von Stunden/Woche weitergeführt.  
(Der entsprechende Arbeitsvertrag ist im Original vorzulegen.)

### 2. Zukünftige Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit

---

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

### 3. Besonderer Abrechnungshinweis

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt gegenüber der KV Sachsen muss nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **Online** durchgeführt werden.

### 4. Besondere 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.

**Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt. Von den besonderen Hinweisen habe ich Kenntnis erlangt.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des bisher angestellten Arztes

### Anlagen

Ausschreibungsauftrag  
Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“