

Zulassungsausschuss - Ärzte - Dresden



Zulassungsausschuss - Ärzte - Dresden  
Postfach 10 06 41  
01076 Dresden

## 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

.....  
Fachgebietsbezeichnung

fachärztliche Versorgung

hausärztliche Versorgung

psychotherapeutisch tätiger Arzt<sup>1</sup>

.....  
Schwerpunktbezeichnung

#### für die Betriebsstätte (Praxisanschrift)

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ, Ort

.....  
Tel.:

.....  
FAX:

**zum**

.....  
voraussichtl. Niederlassungsdatum

#### Ich übernehme die Praxis von

.....  
Name, PLZ, Ort

<sup>1</sup> 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 O - (darf zum Zeitpunkt dieser Antragstellung nicht älter als 3 Monate sein) wurde beantragt am ..... bei .....
- Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **100,- €** 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: Erlangt die beantragte Zulassung Rechtskraft, ist zusätzlich eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- € zu zahlen.

### 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. Besonderer Hinweis

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der KV Sachsen muss nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **online** durchgeführt werden.

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

.....  
.....

### Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### 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