

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

.....
Fachgebietsbezeichnung

fachärztliche Versorgung

hausärztliche Versorgung

psychotherapeutisch tätiger Arzt¹

.....
Schwerpunktbezeichnung

für die Betriebsstätte (Praxisanschrift)

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Tel.:

.....
FAX:

zum

.....
voraussichtl. Niederlassungsdatum

Ich übernehme die Praxis von

.....
Name, PLZ, Ort

¹ 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