

Zulassungsausschuss für Ärzte  
bei der  
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen  
PF 2019  
99401 Weimar

Posteingangsstempel

**Antrag zur Beschäftigung eines angestellten Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V**

**1. Betriebsstätte des MVZ**

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

**Ich (wir) beantrage(n) die Beschäftigung eines angestellten Arztes gemäß § 95 SGB V.**

**2. Angaben zum angestellten Arzt:**

Titel, Name, Vorname: .....

geb. am: ..... in: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: ..... Telefon/Telefax: .....

**Anstellung erfolgt für das**

**Fachgebiet:** ..... ggf. **Teilgebiet:** .....

bei Fachärzten für Innere Medizin:                       hausärztlich                       fachärztlich

**Beschäftigung wird beantragt ab:** ..... **Anzahl der Wochenstunden:** .....

Anstellung erfolgt im Rahmen einer Nachbesetzung einer Arztstelle

ja    ► bitte Namen des bisher angestellten Arztes angeben .....  
 nein

**3. Tätigkeitsort des angestellten Arztes, wenn von oben genannter Betriebsstätte abweichend:**

Genehmigung der KV Thüringen wurde beantragt:                       ja                       nein  
ist vorhanden:                       ja                       nein

**Hinweis:**

Sollten die Ärzte ambulante Operationen erbringen wollen, bitten wir Sie, dies umgehend bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen anzuzeigen und einen auf dem EBM basierenden Leistungskatalog unter Angaben der einzelnen Gebührenpositionen einzureichen.

Wir weisen daraufhin, dass auch angestellte Ärzte die Voraussetzungen zur Erbringung von genehmigungspflichtigen Leistungen nachweisen müssen. Ein entsprechender Antrag ist an die KV Thüringen zu richten. Dies ist auch dann notwendig, wenn dem angestellten Arzt in einer früheren vertragsärztlichen Tätigkeit bereits die Ausführung und Abrechnung von Leistungen durch die KV Thüringen genehmigt wurde.

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

**Durch den angestellten Arzt auszufüllen:**

**1. Folgende Unterlagen des anzustellenden Arztes sind dem Antrag beizufügen bzw. zu beantragen:**

- Auszug über die Eintragung in das Arztregister, sofern sie bei einer anderen Arztregisterstelle vorgenommen wurde, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Anerkennung einer Facharztbezeichnung sowie der Tag der Arztregistereintragung hervorgehen muss.
- Bescheinigung über die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten nach der Eintragung in das Arztregister in Form von Anstellungsverträgen oder Zeugnissen
- amtliches Führungszeugnis - **Belegart „O“** - (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein und muss zur Verhandlung dem Zulassungsausschuss vorliegen)
- Lebenslauf mit Unterschrift
- Anstellungsvertrag - schriftlicher Arbeitsvertrag

**2. Derzeitige Tätigkeit des anzustellenden Arztes**

2.1 Dienst-/Beschäftigungsverhältnis:

als: ..... bei: .....

2.2 Zugelassener Vertragsarzt

seit:..... im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung: .....

- für einen vollen Versorgungsauftrag       für einen hälftigen Versorgungsauftrag

2.3 Zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Arzt

seit: ..... im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung: .....

2.4 Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum: .....  
(Angabe über das frühestmögliche Ende des Beschäftigungsverhältnisses )

oder

Die angegebene Tätigkeit wird fortgeführt mit ..... Wochenstunden.  
(Wurde hier eine Eintragung vorgenommen, bitte Erklärung Seite 3 dieses Antrages zusätzlich ausfüllen)

2.5 Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis seit: .....

**Erklärungen des anzustellenden Arztes:**

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre war. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und das gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die auch vorläufige Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des anzustellenden Arztes

Ich erkläre, dass ich ab der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Verfügung stehe.

