

**Zulassungsausschuss für Ärzte**

bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

PF 2019

99401 Weimar

Posteingangsstempel

**A N T R A G**  
**auf Erteilung einer beschränkten Zulassung zur gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit**  
**nach § 101 Abs. 3 Satz 1 SGB V**  
**(Jobsharing in Berufsausübungsgemeinschaft mit Leistungsbegrenzung)**

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 18 Ärzte-ZV benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird.

**1. Antragsteller**

.....  
Titel, Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde

.....  
Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

.....  
Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Telefon)

.....  
künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Telefon)

**2. Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit**

für einen vollen Versorgungsauftrag  für einen drei Viertel Versorgungsauftrag

für einen hälftigen Versorgungsauftrag

.....  
Facharztbezeichnung

.....  
Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung

**für den Vertragsarztsitz (Praxisanschrift)**

.....  
Straße, Nummer

.....  
PLZ, Ort, Ortsteil, Telefon

**zum** .....  
voraussichtliches Niederlassungsdatum

**mit dem/der bereits niedergelassenen Vertragsarzt/Vertragsärztin**

.....  
Name, Vorname

.....  
Anschrift

**3. Zulassungsvoraussetzungen**

Deutsche Approbation  ja .....  nein  
Ausstellungsbehörde, Ausstellungsdatum

Arztregister  bereits eingetragen  Eintragung beantragt

bei der .....

Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

**4. Derzeitige Tätigkeit**

**4.1. Dienst-/Beschäftigungsverhältnis**

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

**4.2. Zugelassener Vertragsarzt**

seit: .....

im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung: .....

**4.3. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Arzt**

seit: .....

im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung: .....

**4.4. 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 Seite 4 dieses Antrages zusätzlich ausfüllen)

**4.5. Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis**

seit:.....

**5. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:**

- Bescheinigung über die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten nach der Eintragung in das Arztregister in Form von Anstellungsverträgen oder Zeugnissen
- sofern bei anderer Arztregisterstelle vorgenommen: Auszug über Eintragung in Arztregister mit Tag der 1) Approbation, 2) Anerkennung einer Facharztbezeichnung sowie 3) Arztregistereintragung
- Berufsausübungsgemeinschaftsvertrag, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV erfüllt
- Versicherungsbescheinigung hinsichtlich des ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz
- tabellarischer Lebenslauf

**6. Amtliches Führungszeugnis - Belegart O** - (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein und muss zur Verhandlung dem Zulassungsausschuss vorliegen)

wurde beantragt am ..... bei .....

Bemerkungen des Antragstellers

.....  
.....

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1b Ärzte-ZV in Höhe von 100,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

**Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit meiner Angaben.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

**Erklärung:**

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.

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**Hinweis:**

Mir ist bekannt, dass ich genehmigungspflichtige Leistungen nach § 135 SGB V (Röntgen, Sonografie, Psychosomatik etc.) nur erbringen kann, wenn die Voraussetzungen durch mich nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde. Eine Aufstellung aller genehmigungspflichtiger Leistungen finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de), Themen A – Z, [Genehmigungspflichtige und zulassungsbeschränkte Leistungen](#).

Nach § 95 d SGB V besteht eine [Fortbildungsverpflichtung](#), die alle fünf Jahre nachzuweisen ist.

Nach § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur Versorgung (Barrierefreiheit) informieren. Ihre Praxisdaten werden somit im Internetauftritt der KV Thüringen ([Arzt suche](#)) veröffentlicht.

Zur Kenntnis genommen:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**Erklärung zum bestehenden Dienst-/Beschäftigungsverhältnis:**

gem. § 20 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV

Ich versichere, dass mein bestehendes Dienst-/Beschäftigungsverhältnis als .....

mit  dem Krankenhaus .....  
Name

dem MVZ .....  
Name

dem Vertragsarzt / der Berufsausübungsgemeinschaft  
.....  
Name

der Einrichtung .....  
Name

den Umfang von ..... Wochenstunden nicht überschreiten wird.

Der Vertrag zum o. g. Dienst-/Beschäftigungsverhältnis wird nach rechtskräftiger Zulassung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte in der Form angepasst, dass die Vorgaben des Arbeitsrechtes, insbesondere des Arbeitszeitgesetzes, des ärztlichen Berufsrechtes und des Kassenarztrechtes eingehalten werden und damit der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nichts entgegensteht.

Mir ist bekannt, dass ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegensteht, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.

**Hinweis:**

Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Arztes

Die vorgenannten Angaben werden bestätigt sowie die Nebentätigkeitsgenehmigung für die darüber hinaus beantragte Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erteilt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Durchführung einer Berufsausübungsgemeinschaft**  
**nach § 101 Abs. 3 Satz 1 SGB V**  
**(Jobsharing in Berufsausübungsgemeinschaft mit Leistungsbegrenzung)**

**1. Antragsteller**

.....  
Titel, Name, Vorname - Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr. PLZ; Ort, Telefon)

.....  
Titel, Name, Vorname - Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr. PLZ; Ort, Telefon)

.....  
Titel, Name, Vorname - Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr. PLZ; Ort, Telefon)

**2. Die Antragsteller beantragen die Genehmigung zur Durchführung einer Berufsausübungsgemeinschaft**

für den Vertragsarztsitz .....  
(Praxisanschrift) Straße, Nummer

.....  
PLZ, Ort, Ortsteil, Telefon, Fax

zum .....  
Datum

**Hinweis:**

Das bisherige Leistungsspektrum kann nur insofern verändert werden, wie der erst zugelassene Vertragsarzt nach Erteilung der Genehmigung zur gemeinsamen Berufsausübung aufgrund einer Zusatzbezeichnung oder einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Leistungserbringung berechtigt ist. Die festgesetzte Punktzahlbergrenze wird durch die Erweiterung des Leistungsspektrums nicht verändert. Genehmigungspflichtige Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung können nur dann mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen abgerechnet werden, wenn dem Arzt die entsprechende Genehmigung erteilt worden ist.

Die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft versichern, dass alle Ärzte an der Geschäftsführung und dem Gewinn beteiligt sind, sowie die Richtigkeit der Angaben.

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

.....  
Ort, Datum Unterschrift (Vertragsarztstempel, wenn bereits zugelassen)

.....  
Ort, Datum Unterschrift (Vertragsarztstempel, wenn bereits zugelassen)

.....  
Ort, Datum Unterschrift (Vertragsarztstempel, wenn bereits zugelassen)