

Posteingangsstempel

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

A N T R A G auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (§ 103 Abs. 3a SGB V) stelle ich den Antrag an den Zulassungsausschuss für Ärzte auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens.

.....
Titel, Name, Vorname

.....
Vertragsarztsitz

.....
Fachgebiet

für einen:

- vollen Versorgungsauftrag*
 hälftigen Versorgungsauftrag*

Ein Praxisnachfolger/in ist vorhanden^{*)}:

- ja* nein*

Praxisnachfolger/in ist^{*)}

- Ehegatte* Lebenspartner*
 Kind* Partner der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)*
 angestellter Arzt des Praxisinhabers (durch Zulassungsausschuss genehmigt)*

Name des/der gewünschten Praxisnachfolgers/in:

In welcher Form soll die Praxis weitergeführt werden, als^{*)}

- Einzelpraxis* oder
 Berufsausübungsgemeinschaft* (BAG) (hierfür ist die Unterschrift der Partner der Berufsausübungsgemeinschaft nachfolgend notwendig)

Einverständnis des/der BAG-Partner:

Unterschrift(en)

Nach Eingang des Antrages beim Zulassungsausschuss wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Eine entsprechende Zahlungsaufforderung geht Ihnen zu. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

Achtung: Zusätzlich ist der Antrag auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes auszufüllen, der sich auf der Rückseite befindet.

Hinweis: Eine Ausschreibung des Vertragsarztsitzes erfolgt erst nach Zustimmung des Zulassungsausschusses.

.....
Ort; Datum

.....
Unterschrift, Vertragsarztstempel

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Posteingangsstempel

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
PF 2019
99401 Weimar

A N T R A G auf Ausschreibung meines Vertragsarztsitzes

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung nach § 103 Abs. 4 SGB V benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass keine Ausschreibung erfolgt.

.....
Titel, Name, Vorname

.....
Vertragsarztsitz

.....
Fachgebiet

Geplanter Zeitpunkt der Praxisübergabe:

Mit der Weitergabe meiner Praxisanschrift an die an einer Praxisübernahme interessierten Ärzte bin ich

einverstanden^{*)}

ja*

nein*

Die Praxis soll als^{*)}

Einzelpraxis* oder

Berufsausübungsgemeinschaft*

ausgeschrieben werden.

Die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) sind mit einer Ausschreibung einverstanden^{*)}

ja*

nein*

Einverständnis des/der Partner der BAG:
Unterschrift(en)

Ich bitte die Ausschreibung auf der Internetseite der KV Thüringen zu veranlassen.

Bekanntmachungen und Ausschreibungen der KV Thüringen können nach § 24 Abs. 2 der Satzung der KV Thüringen ausschließlich auf der Internetseite erfolgen.

Achtung: Zusätzlich ist der Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens auszufüllen, der sich auf der Rückseite befindet.

.....
Ort; Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel

*) Zutreffendes bitte ankreuzen