

Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
PF 2019
99401 Weimar

Posteingangsstempel

A N T R A G
auf Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit
gemäß §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 18 Ärzte-ZV sowie §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird.

1. Antragsteller

..... Titel, Name Vorname
..... Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)
..... Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Telefon)	

2. Ich beantrage die Sonderbedarfszulassung aufgrund eines

- zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs oder
- qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs oder
- Sicherstellungsbedarfs in der Dialyseversorgung gem. Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte
- für einen vollen Versorgungsauftrag (1,0) für einen hälftigen Versorgungsauftrag (0,5)

.....
für das Fachgebiet

.....
Teilgebiets-/Schwerpunktbezeichnung

Sonstige Bezeichnungen nach Weiterbildungsrecht:

fakultative Weiterbildung:.....

besondere Fachkunde:.....

Zusatzbezeichnungen:.....

Zusatzweiterbildung:.....

bei Fachärzten Innere Medizin: hausärztlich fachärztlich

für den Vertragsarztsitz (Ortsangabe ist unbedingt erforderlich):

.....
Straße, Nummer

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

zum:
voraussichtliches Niederlassungsdatum

4. Zulassungsvoraussetzungen:

- Deutsche Approbation ja
Ausstellungsbehörde, Ausstellungsdatum
- nein
- Arztregister bereits eingetragen Eintragung beantragt
- bei der
Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

5. Derzeitige Tätigkeit

- ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

als bei

Die angegebene Tätigkeit ist eine

- Vollzeitstelle Teilzeitstelle mit Stunden

Ich werde das Beschäftigungsverhältnis

- aufgeben zum fortführen mit Wochenstunden
(Wurde hier eine Eintragung vorgenommen, bitte Seite 5 dieses Antrages zusätzlich ausfüllen)

- als zugelassener Arzt als ermächtigter Arzt

- im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- die angegebene Tätigkeit wird beendet zum

6. 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
- Versicherungsbescheinigung hinsichtlich des ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz
- tabellarischer Lebenslauf mit Unterschrift

7. 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

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 b 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

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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Ich erkläre, dass ich ab der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich im Rahmen des Versorgungsauftrages, der auch die Teilnahme am Notdienst einschließt, zur Verfügung stehe. Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Erteilung der Zulassung auf der Homepage der KV Thüringen unter „Amtliche Bekanntmachungen“ veröffentlicht wird. Mit Veröffentlichung verkürzt sich die Widerspruchsfrist für Dritte auf ein Jahr.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Hinweis:

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

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich, zu finden unter www.kvt.de, Themen A – Z, [Berufsausübungsgemeinschaft](#).

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, Themen A – Z, [Genehmigungspflichtige und zulassungsbeschränkte Leistungen](#).

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in Praxisgemeinschaft ist bei der KV Thüringen anzeigepflichtig.

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

Für zugelassene Ärzte besteht die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen [Bereitschaftsdienst](#).

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 ([Arztsuche](#)) veröffentlicht.

Zur Kenntnis genommen:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Folgendes Dienst-/Beschäftigungsverhältnis soll neben der Zulassung weitergeführt werden (§ 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 Antragstellers

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