

**Zulassungsausschuss für Ärzte**

bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen  
PF 2019  
99401 Weimar

Posteingangsstempel

**A N T R A G**  
**auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit**  
**gemäß § 95 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 18 Ärzte-ZV**

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

.....  
Geburtsdatum

.....  
Geburtsort (Gemeinde, Land)

.....  
Staatsangehörigkeit

.....  
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:**

1,0 Versorgungsauftrag     0,75 Versorgungsauftrag     0,5 Versorgungsauftrag

.....  
für das Fachgebiet

bei Fachärzten Innere Medizin:     hausärztlich

fachärztlich

.....  
Teilgebietsbezeichnung

**für den Vertragsarztsitz (Ortsangabe ist unbedingt erforderlich):**

.....  
Straße, Nummer

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

**zum:**

.....  
voraussichtliches Niederlassungsdatum

**Ich übernehme die Vertragsarztpraxis von:** .....

Name, Ort

**ggf. Angabe der Schlüsselnummer bei Ausschreibung:** .....

**3. Zulassungsvoraussetzungen:**

Deutsche Approbation:

ja

nein

Arztregister:

bereits eingetragen

Eintragung beantragt

bei der:

.....  
Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

**4. 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 4 dieses Antrages zusätzlich ausfüllen)*

als zugelassener Arzt  als ermächtigter Arzt

im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung .....

die angegebene Tätigkeit wird beendet zum .....

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

- Bescheinigung über bisherige ärztliche Tätigkeiten nach Eintragung in 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

**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 .....

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

**Bemerkungen des Antragstellers:**

.....  
.....  
.....

**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.

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 Antragstellers

---

**Hinweis:**

Sollten Sie ambulante Operationen oder ambulante Anästhesien 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.

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](#).

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

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in Praxisgemeinschaft ist bei der KV Thüringen anzeigepflichtig, zu finden unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de), Themen A – Z, [Praxisgemeinschaft](#).

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 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 Kassenarztrechtens 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