

Absender - Praxisanschrift (Stempel)

Zulassungsausschuss für Ärzte
in Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1 - 6
23795 Bad Segeberg

Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs. 3a SGB V

Ich beantrage die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für eine

- volle Zulassung oder**
- dreiviertel Zulassung** (nur bei bestehender dreiviertel Zulassung möglich)
- halbe Zulassung** (nur bei bestehender voller oder halber Zulassung möglich)
- viertel Zulassung*** (nur bei bestehender voller oder dreiviertel Zulassung möglich)

und erkläre in diesem Zusammenhang vorbehaltlich der bestandskräftigen Zulassung/Anstellung eines

Nachfolgers durch den Zulassungsausschuss mit Wirkung ab . .

den Verzicht auf meine Zulassung gemäß der vorgenannten Auswahl

als _____ in _____.

Gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV wird mit der Stellung des Antrages eine Gebühr von 120,00 EUR fällig.

Ich bitte um Verrechnung der Gebühr mit meinem Honorarkonto.

(ACHTUNG: Bei einer BAG ist die Unterschrift aller Partner erforderlich!)

Die Gebühr überweise ich unter Angabe des Verwendungszwecks

**'Ausschreibung' auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung bei der
Deutschen Apotheker- und Ärztebank: Konto 0701231359 - BLZ 300 606 01
IBAN DE72 3006 0601 0701 2313 59 - BIC DAAEDEDXXX**

* Auf die Ausschreibung einer viertel Zulassung kann sich nur ein Arzt mit einer bereits vorhandenen (maximal dreiviertel) Zulassung zur Aufstockung oder eine Praxis bewerben, die die Anstellung einer Ärztin/eines Arztes bzw. die Erhöhung der Arbeitszeit einer/s bereits beschäftigten Ärztin/Arztes beabsichtigt.

Hinweise:

Die Bewerbungsfrist beträgt vier Wochen ab Datum der Veröffentlichung auf der Homepage der KVSH. Eine Verkürzung der Bewerbungsfrist auf zwei Wochen (ab Datum der Veröffentlichung) ist ausschließlich möglich, wenn ein Bewerber folgendem Personenkreis angehört (bitte ankreuzen):

- 1. Ehegatte, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Vertragsarztes,
- 2. ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde, oder ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes mit der Maßgabe, dass der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis oder das Anstellungsverhältnis mindestens drei Jahre andauerte
- 3. Wunschkandidat, der bei bestehender Berufsausübungsgemeinschaft vom verbleibenden Partner benannt wird,
- 4. Job-Sharing-Partner (Berufsausübungsgemeinschaft besteht mindestens fünf Jahre).

Name Bewerber: _____

Nach Ablauf der Bewerbungsfrist eingehende Bewerbungen werden vom Zulassungsausschuss nur dann akzeptiert, wenn bis zum Ende der Frist noch keine Bewerbungen eingegangen waren.

Der Zulassungsausschuss entscheidet auf Antrag, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V durchgeführt werden soll. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der unter den vorgenannten Punkten 1 oder 2 aufgeführt ist.

Um die erforderliche Prüfung durchführen zu können, bitten wir Sie um folgende Einverständniserklärung:

<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass der Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein Einsicht in meine Abrechnungsdaten nehmen darf.
<input type="checkbox"/>	Ich bin <u>nicht</u> damit einverstanden, dass der Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein Einsicht in meine Abrechnungsdaten nimmt und füge in der Anlage eine ausführliche Darstellung zur Versorgungsrelevanz meiner Praxis bei. (Bitte beachten Sie, dass diese Vorgehensweise eine deutliche Verzögerung nach sich ziehen kann.)

Ich nehme die kostenlose Möglichkeit in Anspruch, dass die KVSH die der Zulassungsabteilung bekannten niederlassungswilligen Ärzte meines Fachgebietes auf die Ausschreibung hinweist.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzen Sie Rezepte mit vom Verlag vorgedrucktem Namen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen die Praxisräume allen Bewerbern zur Verfügung? ggf. Bemerkungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Anmerkungen:

(z. B. Interessent vorhanden, ein angestellter Arzt ist in der Praxis beschäftigt usw.)

Der erforderliche Briefwechsel bzw. telefonische Kontakt soll über folgende Adresse/Telefonnummer erfolgen:

siehe Seite 1 (Praxisanschrift) Praxis-Telefon _____

abweichende Kontaktadresse: Telefon: _____

Mit der Weitergabe meines Namens, meiner Kontaktadresse und der Benennung der Gemeinde, in der sich meine Praxis befindet, an die an einer Praxisübernahme interessierten Ärzte erkläre ich mich einverstanden.

(Ort/Datum)

(Unterschrift und Stempel)

Für Rückfragen erreichen Sie die Abteilung Zulassung/Praxisberatung wie

folgt: Fax 04551 883-276 E-Mail zulassung@kvsh.de

Ihre Ansprechpartner finden Sie unter:

<https://www.kvsh.de/praxis/zulassung/abteilung-zulassung-und-praxisberatung>

Unabhängig von dieser Ausschreibung haben Sie auch die Möglichkeit in der Praxisbörse auf www.kvsh.de auf die Abgabe Ihrer Praxis hinzuweisen und eine entsprechende Anzeige aufzugeben. Nach Absprache können hier auch Fotos oder ein Praxisexposé veröffentlicht werden.

Für Fragen zur Praxisbörse erreichen Sie uns wie folgt:

Fax 04551 883-276 E-Mail praxisboerse@kvsh.de

Ihre Ansprechpartnerin für die Praxisbörse: Frau Geue 04551 883 303