

# ANTRAG auf Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung

## Antragsteller/Arbeitgeber (Praxisstempel)

--

## I Angaben zum angestellten Arzt

Vorname	
Familienname	

## II Angaben zur beantragten Umwandlung

Fachgebiet des Angestellten	
In welchem Umfang soll die Umwandlung erfolgen?	<input type="checkbox"/> halb <input type="checkbox"/> dreiviertel <input type="checkbox"/> ganz
Ort der bisherigen Anstellung	PLZ, Ort 
	Straße, Nr.
Datum der Umwandlung	

## Gebühren

Für diesen Antrag ist eine Gebühr von 120,00 EUR zu entrichten.	
Verrechnung der Gebühren mit dem Honorarkonto bei der KVSH? (ACHTUNG, das Honorarkonto muss mindestens seit sechs Monaten bestehen!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Eine Anstellung kann nur umgewandelt werden, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes mindestens einem halben Versorgungsauftrag entspricht.
- Genehmigungen, die bisher für den angestellten Arzt erteilt wurden, sind im Rahmen der Zulassung neu zu beantragen.

## Soll der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung werden?

**nein**    →    Seite 2 ist durch den Antragsteller/Arbeitgeber auszufüllen!

**ja**    →    Seite 3/4 ist durch den bisher angestellten Arzt auszufüllen!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller (Arbeitgeber)

### III Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

#### Antragsteller/Arbeitgeber (Praxisstempel)

--

Die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens wird für das auf Seite 1 genannte Fachgebiet beantragt.

#### **WICHTIG:**

Die Bewerbungsfrist beträgt vier Wochen ab Datum der Veröffentlichung auf der Homepage der KVSH. Nach dieser Frist eingehende Bewerbungen werden vom Zulassungsausschuss nur dann akzeptiert, wenn bis zum Ende der Bewerbungsfrist noch keine Bewerbungen eingegangen waren.

Ich nehme die kostenlose Möglichkeit in Anspruch, dass die KVSH die der Zulassungsabteilung bekannten niederlassungswilligen Ärzte des nachzubesetzenden Fachgebietes auf die Ausschreibung hinweist.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

#### **Sonstige Anmerkungen:**

Praxisräume stehen dem Nachfolger zur Verfügung:     ja                       nein

Der erforderliche Briefwechsel bzw. telefonische Kontakt (von Seiten der KVSH **und** der Bewerber) soll über folgende Adresse/Telefonnummer erfolgen:

siehe Seite 1 (Praxisanschrift und -telefonnummer)

abweichende Kontaktadresse:

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel (Arbeitgeber)



## HINWEISE der Abteilung Qualitätssicherung der KVSH zu genehmigungspflichtigen Leistungen

---

- Zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist nur die Person berechtigt, für die von der Kassenärztlichen Vereinigung vorab eine Genehmigung erteilt worden ist.
  - Die im Rahmen einer bisherigen Tätigkeit durch die KVSH erteilten Genehmigungen sind an diese Tätigkeit gebunden. Sofern ein Statuswechsel beabsichtigt ist, dieser aber nicht nahtlos erfolgt, sind vollständige neue Anträge zu stellen. Nutzen Sie gern unsere Formulare.
- 

### Weitergehende Informationen/Kontakt

- Häufigkeit der genehmigten Leistungsbereiche, getrennt nach Fachgruppen:  
[www.kvsh.de/haeufigste-genehmigungspflichtige-leistungen](http://www.kvsh.de/haeufigste-genehmigungspflichtige-leistungen)
  - Vollständige Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen mit Antragsformularen und Ansprechpartnern:  
[www.kvsh.de/praxis/qualitaet-und-fortbildung/genehmigungspflichtige-leistungen](http://www.kvsh.de/praxis/qualitaet-und-fortbildung/genehmigungspflichtige-leistungen)
  - Allgemeine Fragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen richten Sie an → [qs@kvsh.de](mailto:qs@kvsh.de)
- 

### Antrag auf Übertragung von Genehmigungen (nur bei nahtlosem Statuswechsel)

- Ich beantrage die Übertragung der bisherigen Genehmigungen.
- Es liegt kein Standortwechsel vor. Sämtliche Voraussetzungen (z. B. apparativ, räumlich) liegen unverändert vor, mit Ausnahme der folgenden Leistungsbereiche, diese sollen nicht übertragen werden:

---



---

- Es liegt ein Standortwechsel vor. Die Voraussetzungen (z. B. apparativ, räumlich) wurden der KVSH bereits für folgende Leistungsbereiche (z. B. Sonographie, DMP, Psychosomatische Grundversorgung, Ambulantes Operieren) nachgewiesen:

Leistungsbereich	Standort (N)BSNR oder Adresse	Name des Genehmigungsinhabers

---

- Mit der/den Unterschrift/en wird bestätigt, dass die KVSH, sofern die Rechtsgrundlagen dies vorsehen, die entsprechenden Qualitätssicherungs-Kommissionen beauftragen kann, die Gegebenheiten vor Ort zu überprüfen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis /  
Geschäftsführung MVZ