

# 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)



## **WICHTIGER HINWEIS der Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**

### **Vor Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung bitte beachten:**

Zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist nur die Person berechtigt, der von der Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Beantragung eine Genehmigung erteilt worden ist. Eine Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist erst vom Tage des Zugangs des Genehmigungsbescheides angegeben.

Die vollständige Übersicht finden Sie unter:

[www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) → Praxis → Qualität und Fortbildung → genehmigungspflichtige Leistungen

**Bei Rückfragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen steht Ihnen die Abteilung Qualitätssicherung der KVSH unter der Nummer 04551 883 262 zur Verfügung.**

- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen und werde die entsprechenden Antragsunterlagen unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) downloaden oder mich direkt mit der Abteilung Qualitätssicherung in Verbindung setzen.
  - Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich beabsichtige jedoch keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.
  - Ich habe die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen bisher nicht zur Kenntnis genommen. Bitte senden sie mir diese Liste per Post an die auf Seite 1 genannte Anschrift.
- 
- Es liegen bereits Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen vor, diese sollen für die zukünftige Tätigkeit übernommen werden. Für weitere genehmigungspflichtige Leistungen müssen gesondert Anträge gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bisher Angestellter)