

ANTRAG auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als Ärztin/Arzt

Dieser Antrag ist nur rechtsverbindlich gestellt, wenn

- ein Auszug über die Eintragung in das Arztregister einer KV vorliegt,
- das beantragte Fachgebiet eindeutig angegeben ist,
- der genaue Niederlassungsort bezeichnet ist (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort),
- er unterschrieben ist.

I Persönliche Angaben zum Antragsteller:

Name				
Vorname				
aktueller Arztregister-Auszug:	<input type="checkbox"/> ist beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht (bis dahin ist der Antrag nicht rechtsverbindlich!) <input type="checkbox"/> Ich bin eingetragen im Arztregister der KVSH, bitte fordern Sie den Auszug dort an.			
Anschrift für den Schriftwechsel zu diesem Antrag	PLZ, Ort			
	Straße, Nr.			

II Unterlagen / Gebühren

Zum Antrag sind folgende Unterlagen einzureichen: (Originale oder ausnahmsweise amtlich beglaubigte Kopien)	liegt/lag bereits vor	ist beigelegt	wird nachgereicht
Anlage 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unterschriebener Lebenslauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG (Berufshaftpflicht) NICHT: Kopie der Police, vorläufige Deckungszusage etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
polizeiliches Führungszeugnis der Belegart „O“ (Behördenführungszeugnis) (an: Zulassungsausschuss für Ärzte in SH, Bismarckallee 1-3, 23795 Bad Segeberg)		ist beantragt <input type="checkbox"/>	wird beantragt <input type="checkbox"/>

Für diesen Antrag ist eine Gebühr von **100,00 EUR** zu entrichten.

Bitte überweisen Sie auf das Konto der KVSH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE72 3006 0601 0701 2313 59 - BIC DAAEDEDXXX.

Verwendungszweck: **02 - Zulassung - Name, Niederlassungsort**

Bitte beachten Sie, dass nach Abschluss des Verfahrens weitere Verwaltungsgebühren erhoben werden.

III Angaben zur beantragten Zulassung:

Die Zulassung wird beantragt für einen	<input type="checkbox"/> vollen Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> dreiviertel Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> halben Versorgungsauftrag.	
Für welches Fachgebiet wird die Zulassung beantragt?		
Für welchen Schwerpunkt nach der Weiterbildungsordnung wird zusätzlich eine Zulassung beantragt?		
Beabsichtigen Sie eine ausschließlich psychotherapeutische Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wird eine Job-Sharing-Zulassung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Bezieht sich der Antrag auf eine Ausschreibung?	<input type="checkbox"/> ja _____ <small>(Ausschreibungsnummer bzw. Name des Abgebers)</small> <input type="checkbox"/> ja, geöffneter Planungsbereich <input type="checkbox"/> nein												
Niederlassungsort <small>(ohne Angabe ist der Antrag nicht rechtsverbindlich!)</small>	<table border="1"> <tr> <td>PLZ, Ort</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Straße, Nr.</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>	PLZ, Ort						Straße, Nr.					
PLZ, Ort													
Straße, Nr.													
Niederlassung ist beabsichtigt am:													
Planen Sie die Gründung einer oder den Einstieg in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> ja, mit 1. _____ 2. _____ <small>(gesonderter Antrag notwendig)</small> <input type="checkbox"/> nein												
Planen Sie zusätzlich die Tätigkeit als ... ?	<input type="checkbox"/> Belegarzt <input type="checkbox"/> Bade-/Kurarzt												

IV Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 4 Ärzte-ZV

Zum Zeitpunkt der beantragten Niederlassung werde ich zusätzlich folgende Tätigkeiten ausüben:
(Anstellungs- und Dienstverhältnisse, die zum Niederlassungstermin beendet werden bitte nicht aufführen!)

Arbeitgeber / KV-Bezirk bei Zulassung <small>(bei Anstellung in einem MVZ oder einem Vertragsarzt bitte auch den KV-Bezirk angeben!)</small>	Umfang in Stunden

V Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 5 und § 21 Ärzte-ZV / Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin, und dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe. Es stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes entgegen. Geistige oder sonstige in der Person liegende schwerwiegende Mängel liegen bei mir nicht vor. Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses die zuständigen Stellen (bisherige KVen, Ärztekammern) danach befragt, ob entsprechende Mängel dort bekannt sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Angaben für die nachfolgend aufgeführten Punkte:

- | | |
|---|--|
| I Persönliche Angaben zum Antragsteller | III Angaben zur beantragten Zulassung |
| IV Erklärung § 18 Abs. 2 Punkt 4 Ärzte-ZV | V Erklärung § 18 Abs. 2 Punkt 5 Ärzte-ZV |

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

Datum

Unterschrift

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 an gegeben.

Die vollständige Übersicht finden Sie unter:

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 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

Eigenerklärung

Nach einem Urteil des BSG vom 08.12.2010 (B 6 KA 36/09) zielen die Auswahlkriterien Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit darauf ab, einen gewissen Erfahrungsstand und den dadurch erworbenen Standard zu berücksichtigen und dieser dürfte in den meisten ärztlichen Bereichen nach circa fünf Jahren in vollem Ausmaß erreicht sein, so dass das darüber hinausgehende höhere Alter eines Bewerbers und eine noch längere ärztliche Tätigkeit keinen zusätzlichen Vorzug mehr begründen.

Bei der Berechnung der Dauer der Tätigkeit werden nur diejenigen Zeiten berücksichtigt, die **nach Erlangung der Facharztanerkennung** für die beantragte Zulassung abgeleistet wurden.

Davon ausgehend ist für den Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein maßgeblich, ob ein Bewerber seit Erlangung der Facharztanerkennung mindestens 60 Monate ärztlich tätig ist oder nicht und er bittet um Abgabe einer entsprechenden Erklärung.

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Variante an und reichen Sie die Erklärung unterzeichnet ein:

- Ich erkläre hiermit, dass ich mindestens 60 Monate ärztliche Berufstätigkeit seit der Facharztanerkennung ausgeübt habe.

- Ich erkläre hiermit, dass ich noch keine 60 Monate ärztliche Berufstätigkeit ausgeübt habe, sondern
 - erst _____ Monate. Ich bitte darum,
 - meine derzeitige Tätigkeit (Nachweis ist beigefügt) bis zum Sitzungstag anzurechnen.
 - folgende Kindererziehungszeiten (max. 36 Monate pro Kind) zu berücksichtigen (Geburtsurkunde ist in Kopie beigefügt)

 - folgende Zeiten der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung zu berücksichtigen (Pflegebescheid ist in Kopie beigefügt)

Datum

Stempel/Unterschrift