



E-Mail: ZA@KVWL.de Fax: 0231 9432-3927

Anlage
zum Antrag **auf Reduzierung des Beschäftigungsumfanges** eines angestellten
Arztes nach § 95 Abs. 9 SGB V
(vom angestellten Arzt auszufüllen)

Antragsteller: Praxisinhaber / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt entsprechend der Registereintragung) / des bestehenden MVZ

(N)BSNR:	
-----------------	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
E-Mail:			

Angaben zum angestellten Arzt

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad)	
LANR:	
Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen:	

Angaben zum Beschäftigungsumfang und Zeitpunkt

Auch für angestellte Ärzte gilt die Verpflichtung zur Abhaltung von Mindestsprechstundenzeiten (Faktor 1 = 25 Wochenstunden). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Vereinbarung der Arbeitszeit.

Faktor 0,25 mindestens 6 Stunden und 15 Minuten

Faktor 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

bisheriger im Umfang von (Wochenstunden):	
---	--

zukünftiger im Umfang von (Wochenstunden):	
--	--

Die zukünftige Stundenzahl entspricht:

- Faktor 0,25 bis zu 10 Stunden pro Wochen
- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche

beabsichtigter Termin zur Änderung:	
-------------------------------------	--

Tätigkeitsort des angestellten Arztes

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):	
-----------------------------	--

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):	
-----------------------------	--

Anschrift:	
------------	--

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):	
-----------------------------	--

Anschrift:	
------------	--

Antragsgebühr

Bei Beantragung der Genehmigungen zur Anstellung eines Arztes (auch Erhöhung und Reduzierung des Beschäftigungsumfangs bei Änderung des Faktors) beträgt die Gebühr 120,00 EUR.

Bei **gleichzeitiger** Beantragung und Beschlussfassung einer Reduzierung und Erhöhung der Beschäftigungsumfänge zweier angestellter Ärzte (Wechsel der Beschäftigungsumfänge) ist eine Gebühr von einmalig 120,00 EUR zu zahlen.

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Anlagen

- schriftliche Nachtragsvereinbarung zum Arbeitsvertrag

Bei zusätzlicher Beantragung einer Nebentätigkeit des angestellten Arztes:

- entsprechender Arbeitsvertrag mit Angaben über Art, Umfang und Tätigkeitsbeschreibung

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*) / Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.

Antrag auf Reduzierung des Beschäftigungsumfanges
eines angestellten Arztes nach § 95 Abs. 9 SGB V

Angaben zum angestellten Arzt

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Weitere Tätigkeiten neben der vertragsärztlichen Versorgung

- Ich werde keine weiteren Tätigkeiten ausüben
- Es ist eine weitere Tätigkeit geplant bzw. eine bestehende Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt (Vertrag und ggf. weitere Angaben bitte als Anlage beifügen).

Name der Institution	
in (Anschrift)	
im Umfang von (Wochenstunden)	

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

Unterschrift des angestellten Arztes