



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes
nach §§ 36,37 Bedarfsplanungsrichtlinie (**Sonderbedarf**)
Teil 1 – (vom Praxisinhaber auszufüllen)

Antragsteller: Praxisinhaber oder Berufsausübungsgemeinschaft

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt entsprechend der Registereintragung)

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

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
E-Mail:			

Angaben zur beantragten Anstellung

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen:	
Beschäftigungsbeginn:	

Antragsart

- Sonderbedarfsanstellung im Rahmen der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrages (Dialyse / Blutreinigungsverfahren)
- lokale Sonderbedarfsanstellung
- qualitätsbezogene Sonderbedarfsanstellung

Angaben zum Beschäftigungsumfang

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 0,5 mindestens 12 Stunden und 30 Minuten

Bitte unbedingt genaue Stundenzahl angeben:

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

entspricht:

- Faktor 0,5 über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- Faktor 0,75 über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- Faktor 1,0 über 30 Stunden pro Woche

Begründung zum Sonderbedarf

Nach den Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie (§§ 36, 37) hat der Zulassungsausschuss vor Erteilung einer Sonderbedarfszulassung die in der Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Voraussetzungen zu prüfen, wobei für diese Prüfungen zum Teil auch Angaben des antragstellenden Arztes erforderlich sind. Wir bitten Sie daher, zur Prüfung Ihres Vorhabens die Region zu benennen, die Sie vom Niederlassungsort aus versorgen wollen, sowie weitere Informationen zu dem von Ihnen beabsichtigten Leistungsangebot zu geben.

Des Weiteren bitten wir Sie um eine ausführliche Begründung, warum Sie den Sonderbedarf aus Versorgungsgesichtspunkten für erforderlich ansehen.

Ggf. fügen Sie bitte diesem Antrag eine Anlage bei.

Wenn Sie eine Sonderbedarfsanstellung im Rahmen der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrages (Dialyse / Blutreinigungsverfahren) beantragen, sind diese Angaben nicht erforderlich.

Allgemeine Angaben:
(Bitte definieren Sie die Region anhand von Stadt-, Kreis- und/oder Gemeindegrenzen, die vom beantragten Ort der Niederlassung/Anstellung aus versorgt werden soll)

Beantragtes Leistungsspektrum:

ggf. weitere Bemerkungen

Tätigkeitsort des anzustellenden Arztes

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

--

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

--

Anschrift :

--

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

--

Anschrift:

--

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

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.*)

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes
nach §§ 36,37 Bedarfsplanungsrichtlinie (**Sonderbedarf**)
Teil 2 – (vom anzustellenden Arzt auszufüllen)

Angaben zum anzustellenden Arzt

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
----------------------	--	--------------------	--

Wohnort:

PLZ:		Ort:		
Straße:			Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen:	
---	--

Ggf. LANR:	
-------------------	--

nur für Fachärzte für Innere Medizin

Ich erkläre meine Teilnahme an der

- hausärztlichen Versorgung fachärztlichen Versorgung

nur für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Ich erkläre meine Teilnahme an der

- hausärztlichen Versorgung haus- und fachärztlichen Versorgung

Weitere Tätigkeiten neben der vertragsärztlichen Versorgung

- Ich werde keine weitere Tätigkeit 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)	

Arztregistereintragung

ist erfolgt am:		wurde beantragt am:	
bei der Kassenärztlichen Vereinigung:			

Angaben zur Aus- und Weiterbildung

Sofern eine Arztregistereintragung vorliegt, ist eine Angabe der Daten unter dem Punkt „Angaben zur Aus- und Weiterbildung“ nicht erforderlich. Nach der Arztregistereintragung erworbene bzw. nicht im Registerauszug aufgeführte Weiterbildungen ggf. ergänzen.

Approbation erteilt durch:		am:	
-----------------------------------	--	------------	--

	Genaue Bezeichnung:	Prüfung am / Anerkennung am:
Facharztanerkennung als:		
Schwerpunktbezeichnung:		
Fakultative Weiterbildung:		
Besondere Fachkunde:		
Zusatzbezeichnung:		
Zusatzweiterbildung:		

Angaben über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

Geben Sie bitte insbesondere an, ob Sie bereits als Vertragsarzt zugelassen oder in einem MVZ/ in einer Praxis angestellt waren oder sind. Bitte benennen Sie auch Sitz bzw. Arbeitgeber sowie Zulassungs- bzw. Beschäftigungszeitraum.
Ggf. nutzen Sie bitte eine gesonderte Aufstellung und fügen diese als Anlage bei:

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

Erforderliche Erklärungen zum Antrag

Erklärung zur Teilnahme am Notfalldienst

- Ich erkläre hiermit, dass ich nach der „Gemeinsamen Notfalldienstordnung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Erklärung über ein bestehendes Dienst- und Beschäftigungsverhältnis

- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.
- Ich erkläre hiermit, dass ich zurzeit in **einem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit stehe.

im Umfang von (Wochenstunden)	
Das Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/> wird <input type="checkbox"/> wurde gekündigt mit Wirkung vom:	
Das Beschäftigungsverhältnis wird fortgeführt mit (Wochenstunden)	

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss schriftlich in Kenntnis zu setzen.

Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- schriftlicher Arbeitsvertrag mit dem Praxisinhaber/der BAG/dem MVZ
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG)
 - Ich erkläre an Eides statt, dass im beantragten Führungszeugnis keine Eintragung zu meinem Nachteil enthalten ist.

(Sollte das Führungszeugnis zum Sitzungstermin noch nicht vorliegen, kann durch Abgabe der eidesstattlichen Erklärung ggf. eine Vertagung der Verhandlung des Zulassungsausschusses vermieden werden.)

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des anzustellenden Arztes)