



E-Mail: [ZA@KVWL.de](mailto:ZA@KVWL.de) Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens  
zur Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes

Antragsteller: Praxisinhaber

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

Praxisanschrift:

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| <b>Telefon:</b> |  | <b>FAX:</b> |  |
|-----------------|--|-------------|--|

|                |  |
|----------------|--|
| <b>E-Mail:</b> |  |
|----------------|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Facharztbezeichnung<br/>und ggf. sonstige<br/>Bezeichnungen:</b> |  |
|---|--|

|              |  |
|--------------|--|
| <b>BSNR:</b> |  |
|--------------|--|

Schriftwechsel soll erfolgen an:

Praxisanschrift

Privatanschrift

Privatanschrift (optional):

|                |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| <b>PLZ:</b>    |  | <b>Ort:</b>        |  |
| <b>Straße:</b> |  | <b>Hausnummer:</b> |  |

bevollmächtigten Rechtsanwalt

|              |
|--------------|
|              |
| <b>Name:</b> |

## Angaben zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Tätigkeit wird zurzeit ausgeübt in einer/einem

- Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  
 überörtlichen BAG  Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

derzeitiger Versorgungsauftrag:

- Zulassung mit folgendem Versorgungsauftrag
- voll  drei Viertel  hälftig
- Anstellung mit folgendem Faktor (nur auszufüllen bei Ausschreibung des Angestelltensitzes)
- 1,0  0,75  0,5  0,25

Name des angestellten Arztes:

## ggf. Hinweise zur Versorgungssituation (Versorgungsschwerpunkt, Altersstruktur)

Knappschaftsarzt:  ja  nein

## Nur für Fachärzte für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin

Ich nehme Teil an der

- hausärztlichen Versorgung  fachärztlichen Versorgung

## Inhalt der Ausschreibung

Die Ausschreibung wird für folgenden Versorgungsauftrag beantragt:

- voll  drei Viertel  hälftig  ein Viertel

Der Ausschreibungstext soll den Hinweis „Gründung einer BAG geplant“ enthalten.

- ja  nein

## Zeitpunkt der Praxisübergabe

sofort  nach Vereinbarung

Quartal:

## Anzahl der Veröffentlichungen

fortlaufend  einmalig

## Angaben zum gewünschten Nachfolger

Nachfolger ist noch nicht bekannt

Nachfolger ist bekannt:

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |
| <b>Vorname:</b>            |  |
| <b>Titel (akad. Grad):</b> |  |

Privilegierter Personenkreis:

- Ehegatte/Lebenspartner  Kind
- angestellter Arzt<sup>1</sup>  BAG-Partner<sup>1</sup>
- Arzt, der eine mindestens fünf Jahre andauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet ausgeübt hat, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 SGB V das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, sofern die Tätigkeit nach dem 23.07.2015 erstmalig aufgenommen wurde.
- Arzt, der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der KVWL aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht.
- Arzt, der bei der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V befolgt.

**<sup>1</sup>Privilegierter Personenkreis ist: angestellter Arzt oder BAG-Partner des abgebenden Arztes, sofern das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem 05.03.2015 begründet wurde. Für den nach dem 05.03.2015 genehmigten angestellten Arzt oder BAG Partner muss eine mindestens dreijährige gemeinsame Tätigkeit mit dem abgebenden Arzt vorliegen. Zum privilegierten Personenkreis gehören keine angestellten oder zugelassenen Ärzte im Jobsharing. Ausnahme: Jobsharing-Partner ist bereits 3 Jahre im Jobsharing tätig.**

## 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.

## Erklärung zur Datenerhebung

- Ich/Wir habe(n) 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(n) ich/wir der KVWL mitteilen.

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 / Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

| Name, Vorname<br>(In Druckbuchstaben) | Unterschrift |
|---------------------------------------|--------------|
|                                       |              |
|                                       |              |
|                                       |              |

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.