



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Jobsharing)  
in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)  
**Teil 1 – (vom Geschäftsführer des MVZ auszufüllen)**

**Angaben zum Antragsteller (Trägergesellschaft oder  
Berufsausübungsgemeinschaft):**

<b>Name:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Haus- nummer:</b>	

**Falls abweichend Angaben zur Betriebsstätte bzw. Angaben zur  
Berufsausübungsgemeinschaft**

<b>Name:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Haus- nummer:</b>	
<b>BSNR:</b>			

**Angaben zu dem / zu den Vertretungsberechtigten**

<b>Name:</b>			
<b>Vorname:</b>			
<b>Titel (akad. Grad):</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>E-Mail:</b>			

## Angaben zur beantragten Anstellung

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen

Beschäftigungsbeginn (nach § 40 BPL-  
RL nur zu Quartalsbeginn möglich)

## Angaben zum Beschäftigungsumfang

- bis zu 10 Stunden pro Wochen
- über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- über 30 Stunden pro Woche

Bitte unbedingt genaue Stundenanzahl angeben

im Umfang von (Wochenstunden):

## Tätigkeitsort des anzustellenden Arztes

Hauptbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Nebenbetriebsstätte

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift :

Zweigpraxis

Umfang von (Wochenstunden):

Anschrift:

## Angaben bezüglich der Jobsharing-Zuordnung

Bezüglich des angestrebten Jobsharings bedarf es der Zuordnung zu einem Arzt/ einer Ärztin des MVZ (Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Jobsharing angestellten Arztes zu einem vertragsärztlichen tätigen Arzt ergibt sich aus der Zuweisung arztbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung.)

Der angestellte Arzt/die angestellte Ärztin soll hinsichtlich des Jobsharings:

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

zugeordnet werden.

Im Falle des Ausscheidens des zugeordneten Arztes tritt an dessen/ deren Stelle der entsprechende Nachfolger, sofern nicht eine andere Feststellung getroffen ist.

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Jobsharing)  
in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)  
**Teil 2 – (vom anzustellenden Arzt auszufüllen)**

**Angaben zum anzustellenden Arzt**

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

<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
----------------------	--	--------------------	--

Wohnort:

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

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

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

<b>Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Bezeichnung</b>

<b>Ggf. LANR</b>	
------------------	--

**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).

<b>Name der Institution</b>	
<b>in (Anschrift)</b>	
<b>im Umfang von (Wochenstunden)</b>	

## 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:	
----------------------------	--	-----	--

	Genauere 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  wird  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)