



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

Antrag auf **Zulassung** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
im **Sonderbedarf** nach §§ 36,37 Bedarfsplanungsrichtlinien

Antragsteller

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geboren am:		Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers

Privatanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

ggf. zukünftiger Wohnort zum Zeitpunkt der Niederlassung:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	
Wirkungsdatum:			

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

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

Angaben zur beantragten Zulassung

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

Umfang des Versorgungsauftrags:

- voll drei Viertel hälftig
- Mein bestehender Versorgungsauftrag soll auf den o.g. Umfang erhöht werden.

**Facharztbezeichnung
und ggf. sonstige
Bezeichnungen:**

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

mit Wirkung ab dem:

Lage der Praxisräume / Kooperation mit einem Krankenhaus

Die Praxis befindet sich in den Räumen einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

- nein
- ja. Die vertragliche Vereinbarung mit dem Kooperationspartner liegt bei.

Name der Institution

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

Kooperationen

Die Praxis wird zukünftig geführt als

Einzelpraxis

örtliche / überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit folgenden Partnern:

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Praxissitz und Fachgruppe des BAG-Partners)

Hinweis: Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in der Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu sind ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen BAG unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines BAG-Vertrages erforderlich. Das Antragsformular finden Sie auf unserer Homepage www.kvwl.de.

Praxisgemeinschaft (PG)

(gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und –einrichtungen sowie Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter Karteiführung und Abrechnung) mit folgenden Ärzten:

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)

Titel, Vorname, Name, (sofern abweichend: Fachgruppe des PG-Partners)

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:

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

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zur Antragstellung und unsere Antragsfristen.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Notfalldienst besteht.

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.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

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

Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von **100,00 EUR** wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Anlagen: Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Bereich der KVWL eingetragen)
- 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.
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)