



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

Antrag auf **Aufhebung / Reduzierung** der Beschränkung  
der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung  
durch **Umwandlung** des Anstellungsverhältnisses

**Antragsteller: Praxisinhaber oder Berufsausübungsgemeinschaft**

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

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

<b>(N)BSNR:</b>	
-----------------	--

Praxisanschrift:

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

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

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

## Antragsart

Ich beantrage die Umwandlung des Anstellungsverhältnisses und Aufhebung / Reduzierung der Beschränkung meiner Zulassung durch Beendigung der Anstellungsgenehmigung für

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

<b>LANR:</b>	
<b>mit Ablauf des:</b>	

und meiner Übernahme des folgenden Versorgungsauftrages:

hälftig

ein Viertel

<b>mit Wirkung vom:</b>	
-------------------------	--

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 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.

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

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

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

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 100,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

### Anlagen:

- 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)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)