



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

**Antrag auf Zulassung**  
zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung  
nach § 103 Abs. 7 SGB V für die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit

**Antragsteller**

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

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

Privatanschrift:

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

ggf. zukünftiger Wohnort zum Zeitpunkt der Niederlassung:

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

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

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

## Angaben zur beantragten Zulassung

Umfang des Versorgungsauftrags:

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

**Facharztbezeichnung  
und ggf. sonstige  
Bezeichnungen:**

Praxisanschrift:

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

**mit Wirkung ab dem:**

## Belegarztvertrag

Die Zulassung wird auf Grundlage eines Belegarztvertrages mit folgendem Krankenhausträger beantragt:

**Name des  
Krankenhauses:**

Anschrift:

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

*Es wird darauf hingewiesen, dass der Zulassungsausschuss erst nach einer positiven Entscheidung der KVWL über Ihren Antrag auf Anerkennung als Belegarzt nach § 40 BMV-Ä entscheiden kann. Das entsprechende Antragsformular der KVWL finden Sie auf der Internetseite der KVWL [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de).*

## 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

## 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](http://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)

### 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

<b>ist erfolgt am:</b>		<b>wurde beantragt am:</b>	
<b>bei der Kassenärztlichen Vereinigung:</b>			

### 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.

<b>Approbation erteilt durch:</b>		<b>am:</b>	
-----------------------------------	--	------------	--

	<b>Genauere Bezeichnung:</b>	<b>Prüfung am / Anerkennung am:</b>
<b>Facharztanerkennung als:</b>		
<b>Schwerpunktbezeichnung:</b>		
<b>Fakultative Weiterbildung:</b>		
<b>Besondere Fachkunde:</b>		
<b>Zusatzbezeichnung:</b>		
<b>Zusatzweiterbildung:</b>		

### 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)

Nur bei Übernahme eines Sitzes und sofortiger Verlegung:  
Die zusätzliche Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde ebenfalls 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.

- Belegarztvertrag mit dem Krankenhausträger
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes  
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

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)