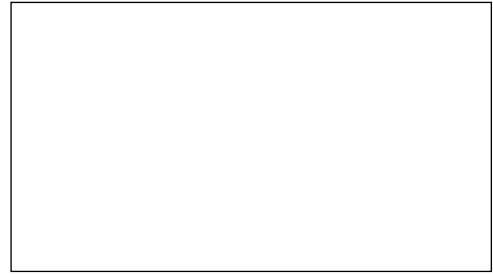


Zulassungsausschuss Ärzte Leipzig



Zulassungsausschuss Ärzte Leipzig

Postfach 24 11 52

04331 Leipzig

**Antrag**  
**auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes**

**1. Anstellender Arzt/anstellende BAG/anstellendes MVZ**

**Vertragsarzt/BAG**

.....  
Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....  
Fachgebiet

.....  
für Rückfragen des Zulassungsausschusses zum Antrag: Telefonnummer/E-Mail-Adresse

**MVZ**

MVZ-Name

.....  
Name ärztlicher Leiter

.....  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

.....  
für Rückfragen des Zulassungsausschusses zum Antrag: Telefonnummer/E-Mail-Adresse

## 2. Antrag Anstellung

.....  
Titel, Vorname, Name anzustellender Arzt

.....  
Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Anstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

.....  
Fachgebietsbezeichnung/Schwerpunkt

- fachärztliche Versorgung
- hausärztliche Versorgung

.....  
Postanschrift der Betriebsstätte/ bzw. der Nebenbetriebsstätte der Anstellung <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Tätigkeit in Nebenbetriebsstätte erfordert gesonderte Genehmigung der KVS.

in Vollzeit (bei Arbeitszeit lt. Arbeitsvertrag von mehr als 30 h/Woche)

oder

in Teilzeit

0,25 (Arbeitszeit von mind. 6,25 und bis zu 10 h/Woche)

0,5 (Arbeitszeit von mind. 12,50 und bis zu 20 h/Woche)

0,75 (Arbeitszeit von mehr als 20 und bis zu 30 h/Woche)

mit ..... Wochenstunden (genaue Stundenangabe)

ab .....

Datum der Anstellung

Die Anstellung erfolgt im Zusammenhang mit der Übernahme der Praxis von:

.....

Name Praxisabgeber, PLZ, Ort

Die Anstellung soll im geöffneten Planungsbereich erfolgen:

.....

Name Planungsbereich

**3. Versicherungsbestätigung anstellende Praxis/MVZ**

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 95e Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) als **Anlage**

**4. Antragsgebühr**

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,- €** zu entrichten, die mit der Antragstellung fällig wird, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer. Beachten Sie bitte auch, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

Hinweis: Nach rechtskräftiger Anstellungsgenehmigung ist gemäß § 46 Abs. 2 Buchst. c) Ärzte-ZV eine Gebühr von 400,- € sowie nach erfolgter Eintragung in das nach § 32b Abs. 4 Ärzte-ZV zu führende Verzeichnis entsprechend § 46 Abs. 2 Buchst. d) Ärzte-ZV eine weitere Gebühr von 400,- € zu entrichten.

**Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.**

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....

Ort, Datum

MVZ-Vertretungsberechtigter

Ärztlicher Leiter MVZ

**Bei Anstellung in einer BAG:**

Unterschrift der Gesellschafter<sup>2</sup> sowie die Anlage zum Anstellungsantrag<sup>3</sup> ausfüllen!

**Weitere Gesellschafter:**

1.

.....

Titel, Vorname, Name

.....

Ort, Datum

Unterschrift BAG-Partner

2.

.....

Titel, Vorname, Name

.....

Ort, Datum

Unterschrift BAG-Partner

<sup>2</sup> ggf. weitere beifügen!

<sup>3</sup> Anlage bei BAG-Anstellung „BAG-Erklärung“ diesem Antrag beifügen!

3.

.....

Titel, Vorname, Name

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift BAG-Partner

**5. Angaben zum anzustellenden Arzt**

**1. Arztregistereintragung**

- Eintragung im Arztregister  bereits eingetragen  
(der Auszug über die Eintragung ist vorzulegen)
- Eintragung beantragt

bei der .....

Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

**2. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen des anzustellenden Arztes bei:**

- tabellarischer Lebenslauf einschließlich Unterschrift
- Nachweise über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit der Eintragung im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu dieser Antragstellung
- Behördliches** Führungszeugnis - Belegart O - (darf zum Zeitpunkt dieser Antragstellung nicht älter als 3 Monate sein) wurde beantragt am ..... bei .....

schriftlicher Arbeitsvertrag (im Original)

Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“

### 3. Derzeitige Tätigkeit

Dienst-/Beschäftigungsverhältnis .....

als

.....

bei

im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung .....

zugelassener Vertragsarzt

zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt

Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum .....

Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil von .....Stunden weitergeführt.  
(Der entsprechende Arbeitsvertrag ist im Original vorzulegen.)

ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

### 4. Erklärungen

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht **drogen- und alkoholabhängig** bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

---

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen **Drogen- oder Alkoholabhängigkeit** unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des anzustellenden Arztes

## 6. Hinweis Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).