



Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

**Antrag auf Anstellung eines Arztes
bei einem Vertragsarzt / in einem MVZ
im Rahmen des Jobsharings**

mit Leistungsbeschränkung im gesperrten Fachgebiet (nur möglich bei identischem Fachgebiet)

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter: <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Antragstellers

ggf. Titel, Vorname, Name oder Träger des Medizinischen Versorgungszentrums

falls abweichend: Name des MVZ, in dem der Angestellte tätig wird

Daten des Anzustellenden

ggf. Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

--	--	--	--	--	--	--

M W

Die **folgende** Anstellung wird beantragt zum:

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quartal		Jahr			

Hinweis: Die Anstellung mit Leistungsbeschränkung ist nur zum Quartalsbeginn möglich!

Dem Antrag werden folgende Unterlagen des Anzustellenden beigelegt:

- ➔ Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses nach Belegart "O"
Hinweis: Für den Antrag kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde anerkannt werden, wobei die Ausstellung nicht länger als **drei Monate** vor der Antragstellung liegen darf. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher dringend, bei dem für Sie zuständigen Einwohnermeldeamt den Antrag auf Erteilung eines Führungszeugnisses nach **B e l e g a r t "O"** zur Vorlage beim **Zulassungsausschuss für Ärzte - Hamburg** unter Angabe der Anschrift "Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg" und des Verwendungszweckes "Anstellung" zu stellen.
- ➔ Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse / selbstständige oder freiberufliche Tätigkeiten (Seiten 4 und 5)
- ➔ Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht oder gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen (Seite 5)
- ➔ Kopie des Arbeitsvertrages, aus dem Arbeitsort und Arbeitszeit hervorgehen

Wenn der Anzustellende noch nicht in Hamburg zugelassen/angestellt war oder ist, werden zusätzlich noch folgende Unterlagen beigelegt:

- ➔ Kopie des Auszugs aus dem Arztregister
- ➔ Lebenslauf mit aktueller Datumsangabe und Unterschrift
- ➔ ggf. Bescheinigungen einer KV über Ort und Dauer einer vorherigen vertragsärztlichen Tätigkeit

Angaben zur Anstellung

Die Anstellung wird beantragt als Facharzt für:

Bei **Internisten** machen Sie bitte folgende Angaben:

- Teilnahme an der **fachärztlichen Versorgung**
- Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung**

Bei **Kinderärzten** mit Schwerpunkt machen Sie bitte folgende Angaben zum Schwerpunkt:

- Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung**
- Teilnahme an der **fachärztlichen und hausärztlichen Versorgung**
(nur für Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung möglich)

Wird er ausschließlich psychotherapeutisch tätig sein?

- ja
- nein

In welchem Umfang soll die Anstellung genehmigt werden? _____ **Stunden / Woche**

Hinweis: Eine detaillierte Übersicht über Arbeitszeiten und die entsprechenden Anrechnungsfaktoren finden Sie auf dem Informationsblatt zur Anstellung eines Arztes.

Wird der Anzustellende bereits bei einer Kassenärztlichen Vereinigung geführt bzw. ist er eingetragen?

- nein
- ja, bei folgender KV:

Eintragungsnummer

Tätigkeitsort des Angestellten

Bitte beachten Sie, dass die Anstellung eines Arztes aus zulassungsrechtlichen Gründen immer für die **Hauptbetriebsstätte** des Arbeitgebers genehmigt wird. Soll der Arzt an einer **noch nicht genehmigten Zweigpraxis** tätig werden (z. B. an seinem früheren Praxissitz), muss dies zunächst bei der KV Hamburg beantragt werden. Das dafür benötigte Formular finden Sie auf der Homepage der KVH (www.kvhh.de) auf der Seite "Formulare" unter dem Stichwort "Zweigpraxis". Soll der Arzt an einer für dieses Fachgebiet **bereits genehmigten Zweigpraxis** tätig werden, muss dies der KV Hamburg lediglich formlos angezeigt werden.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name des Antragsstellers in Druckbuchstaben

Gebühren

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von **120,00 €** fällig (§ 46 Abs. 1c) Ärzte-ZV). Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr von 120,00 € von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KV Hamburg abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Hinweis: Nach erfolgter Genehmigung der Anstellung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses sowie eine Gebühr von 400,00 € durch die KVH für die Eintragung des angestellten Arztes in das dort geführte Verzeichnis erhoben (§ 46 Abs. 2 c) und d) Ärzte-ZV).

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- ⇒ die nach erfolgter Genehmigung der Anstellung fällige, an den Zulassungsausschuss zu zahlende Gebühr von **400,00 €** sowie
- ⇒ die nach erfolgter Genehmigung der Anstellung in das Register der KVH fällige, an die KVH zu zahlende Gebühr von **400,00 €**

von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KV Hamburg abgebucht werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers



Die folgenden Seiten lassen Sie bitte von dem anzustellenden Arzt ausfüllen und unterschreiben.

Erklärung/Angaben des Angestellten über BESTEHENDE Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse / selbstständige oder freiberufliche Tätigkeiten

Hinweis: Reichen Sie für jedes Ihrer Beschäftigungsverhältnisse eine separate Erklärung ein. Bitte kopieren Sie bei Bedarf diese und die folgende Seite.

ggf. Titel, Vorname, Name

Ich erkläre hiermit, dass

- keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen
- keine weiteren selbstständigen / freiberuflichen Tätigkeiten ausgeübt werden
- folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen
- folgende selbstständige / freiberufliche Tätigkeiten ausgeübt werden

ggf. Arbeitgeber

Anschrift

Tätigkeit als	Wöchentliche Arbeitsstunden
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dabei handelt es sich um

- eine Anstellung
 - im MVZ / beim Arzt / in einer BAG
 - im Krankenhaus
- eine selbstständige / freiberufliche Tätigkeit

Erklärung/Angaben des Angestellten nach Genehmigung der Anstellung

Sind Sie bereit, nach Genehmigung der Anstellung das zur Zeit bestehende Beschäftigungsverhältnis aufzugeben?

- nein
 ja und zwar spätestens 3 Monate nach Bestandskraft der Genehmigung
 ja und zwar zum

--	--	--	--	--	--

oder

Nach Genehmigung der Anstellung:

- werde ich die Arbeitszeit spätestens 3 Monate nach Bestandskraft des Genehmigungsbescheids auf

--	--

 Stunden pro Woche reduzieren.
 werde ich die Arbeitszeit auf

--	--

 Stunden pro Woche zum

--	--	--	--	--	--

 reduzieren.

Die Arbeitszeit im Rahmen des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses wird dann wie folgt erbracht:

	Vormittags		Nachmittags	
	von	bis	von	bis
Mo				
Di				
Mi				
Do				
Fr				
Sa				
So				

Ort und Datum

Unterschrift

Vorgeschriebene Erklärung gemäß § 18 (2) Ärzte-ZV

ggf. Titel, Vorname, Name

--

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

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

Ort und Datum

Unterschrift des anzustellenden Arzt

In Ergänzung zu dem von mir am _____ beantragten Führungszeugnis erkläre ich hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein Ermittlungs-, Straf- oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort und Datum

Unterschrift des anzustellenden Arzt