

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

Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt

gemäß § 95 SGB V

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

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt) wird die Zulassung beantragt?

In welchem Umfang beantragen Sie die Zulassung als Vertragsarzt?

- mit **viertel** Versorgungsauftrag (Erweiterung eines halben Versorgungsauftrages auf einen dreiviertel Versorgungsauftrag)
- mit **viertel** Versorgungsauftrag (Erweiterung eines dreiviertel Versorgungsauftrages auf einen vollen Versorgungsauftrag)
- mit **hälftigem** Versorgungsauftrag
- mit **dreiviertel** Versorgungsauftrag
- mit **vollem** Versorgungsauftrag

Hinweis: Auf einen ausgeschriebenen Viertelsitz kann nur eine Erweiterung einer bereits im Umfang einer hälftigen oder zu drei Vierteln bestehenden Zulassung erfolgen.

Wird die Zulassung im Jobsharing gemäß § 101 Abs. 1 Satz 4 SGB V beantragt?

- nein
- ja, bitte **Jobsharing-Senior-Partner** angeben,

Titel, Vorname, Name

Den im Original einzureichenden Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- ➔ aktuellen Auszug aus dem Arztregister (ggf. Kopie)
- ➔ Lebenslauf mit aktueller Datumsangabe und Unterschrift
- ➔ Bescheinigung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation (Kopien)
- ➔ Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seiten 7 und 8)
- ➔ Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht oder gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen (Seite 8)
- ➔ Bescheinigungen der betreffenden KV'en über Ort und Dauer früherer Zulassungen (Kopien)
- ➔ Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses nach Belegart "O" (Kopie)

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 **Belegart "O"** zur Vorlage beim Zulassungsausschuss **für Ärzte - Hamburg** - unter Angabe der Anschrift "Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg" und des Verwendungszwecks "Zulassung" zu stellen.

Persönliche Daten des Antragstellers

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Rufname(n)

Privatanschrift

PLZ

Ort

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

Titel

Staatsangehörigkeit

Geschlecht

M W

Geburtsdatum

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

Geburtsort

Telefon privat

Fax privat

Handy

E-Mail privat

Besteht eine Schwerbehinderung?

nein

ja

Von welcher Stelle ist die Schwerbehinderung anerkannt?

Hinweis: Eine Kopie des Bescheides ist ggf. dem Antrag beizufügen.

Haben Sie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen?

- nein
- ja, ich bin **zurzeit** tätig als
 - zugelassener Vertragsarzt
 - als ermächtigter Arzt
 - als angestellter Arzt

von

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

 ggf. bis

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

Bitte geben Sie den Ort des Vertragsarztsitzes an:

--

- ja, ich war in der **Vergangenheit** tätig als
 - zugelassener Vertragsarzt
 - als ermächtigter Arzt
 - als angestellter Arzt

von

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

 bis

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

Bitte geben Sie den Ort des Vertragsarztsitzes an:

--

Bitte nennen Sie den Grund für die Beendigung der Tätigkeit:

--

Liegt bzw. lag Ihre Praxis, in einem Gebiet, für das Unterversorgung für Ihr Fachgebiet festgestellt wurde?

- ja
- nein

Bei der Auswahl der Bewerber um den Vertragsarztsitz sind unter anderem die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung zu berücksichtigen (besonderes Versorgungsangebot).
Nachfolgend können Sie hierzu ggf. Angaben machen:

Wurde Ihnen jemals die Approbation entzogen?

- nein

ja, von

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

 bis

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

Falls ja von welcher Stelle?

--

Grund der Entziehung:

--

Ruhte Ihre Zulassung jemals?

nein

ja, von

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

Falls ja von welcher Stelle?

--

bis

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

Grund des Ruhens:

--

Wurde Ihnen jemals die Berufsausübung untersagt?

nein

ja, von

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

Falls ja von welcher Stelle?

--

bis

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

Grund für das Verbot:

--

Angaben zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung / Approbation

Hinweis: Die Angaben Fachgebiet(e), Schwerpunkt(e), Zusatz- Bereichsbezeichnung(en), fakultative Weiterbildungs(en) und Fachkundenachweis(e) gemäß Weiterbildungsordnung (WBO).

Approbation am:

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

durch:

--

Facharztbezeichnung(en):

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

als:

--

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

--

Schwerpunkt(e)

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

als:

--

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

--

Zusatzbezeichnung(en)

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

als:

--

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

--

Fakultative Weiterbildung(en)

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

als:

--

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

--

Angaben zur beantragten Zulassung

Die Zulassung wird beantragt als Facharzt für:

--

Als Internist machen Sie bitte folgende Angaben:

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

Als Kinderarzt 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)

Als ärztlicher Psychotherapeut machen Sie bitte Angaben zum Therapieverfahren:

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Psychotherapie

Angaben zum geplanten Vertragssitz (Hinweis: bei Übernahme einer Praxis / eines hälftigen Versorgungsauftrages, die Adresse des Abgebers angeben)

Praxisadresse	PLZ	Ort
		Hamburg

Wann planen Sie die voraussichtliche Praxisaufnahme am zuvor genannten Ort?

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

Soll eine Vertragspraxis übernommen werden?

- nein
- ja, bitte Praxisinhaber angeben:

--

Auf welchen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz bezieht sich Ihr Antrag? Kennziffer: _____ / _____

Ist eine gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit (Berufsausübungsgemeinschaft) geplant?

- nein
- ja, mit folgenden Ärzten:

--

Hinweis: Bei Jobsharing muss zwingend eine Berufsausübungsgemeinschaft gegründet werden.

- Der Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft ist beigefügt
- Der Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft wird bis zum

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

 nachgereicht.

Bisherige ärztliche Tätigkeiten nach der Approbation in zeitlicher Reihenfolge

Hinweis: Bitte die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten sowie eventuelle Erziehungs- und/oder Pflegezeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge auflisten und die entsprechenden Belege, aus denen Beginn und Ende der jeweiligen Tätigkeit hervorgehen, beifügen (auch über aktuelle Tätigkeit(en), z. B. letzte Gehaltsabrechnung). Reicht der Platz für die Eintragungen der Tätigkeiten auf dieser Seite nicht aus, bitte die Seite kopieren und anhängen.

1.

Tätig ab					

Tätig bis					

Zeit in Monaten		

Eingaben Geschäftsstelle		

Name und Art des Arbeitgebers

Krankenhaus Vertragsarzt

2.

Tätig ab					

Tätig bis					

Zeit in Monaten		

Eingaben Geschäftsstelle		

Name und Art des Arbeitgebers

Krankenhaus Vertragsarzt

3.

Tätig ab					

Tätig bis					

Zeit in Monaten		

Eingaben Geschäftsstelle		

Name und Art des Arbeitgebers

Krankenhaus Vertragsarzt

4.

Tätig ab					

Tätig bis					

Zeit in Monaten		

Eingaben Geschäftsstelle		

Name und Art des Arbeitgebers

Krankenhaus Vertragsarzt

5.

Tätig ab					

Tätig bis					

Zeit in Monaten		

Eingaben Geschäftsstelle		

Name und Art des Arbeitgebers

Krankenhaus Vertragsarzt

Hinweis Eine Veränderung des zulassungsrechtlichen Status (z. B. Anstellung, Zulassung, Genehmigung oder Beendigung einer Berufsausübungsgemeinschaft usw.), die zu einem Datum mitten im Quartal - und nicht zum Quartalswechsel - in Kraft tritt, hat unter Umständen gravierende nachteilige Auswirkungen auf die Abrechnung. Bitte lassen Sie sich deshalb vor Antragstellung von der zuständigen Abrechnungsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg beraten.

Ich habe mich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zu den Konsequenzen dieses Antrags für die Honorarabrechnung beraten lassen:

- ja nein

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

Gebühren

Hinweis: Nach Bestandskraft der Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhoben.

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 100,00 € fällig. Bitte überweisen Sie auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06 BIC DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "Zulassung für..."

Bitte beachten Sie: Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

Ort und Datum

Unterschrift

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

Hinweis: Falls Sie Ihr Beschäftigungsverhältnis nicht reduzieren oder aufgeben möchten, müssen Sie nach Erhalt der Zulassung eine Nebentätigkeitsgenehmigung des Arbeitgebers vorlegen, aus der hervor geht, in welchem Umfang eine Nebentätigkeit von diesem genehmigt werden würde. Ob eine Nebentätigkeit neben der Zulassung möglich ist, entscheidet der Zulassungsausschuss im Einzelfall.

ggf. Titel, Vorname, Name

--

erklärt hiermit, dass

- keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen
 folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen

Achtung: Bitte reichen Sie für jedes Ihrer Beschäftigungsverhältnisse eine separate Erklärung ein. Kopieren Sie bei Bedarf diese und die folgende Seite.

Arbeitgeber und Anschrift

--

Tätigkeit als	Wöchentliche Arbeitsstunden

Dabei handelt es sich um:

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

Erklärung/Angaben nach Genehmigung der Zulassung

Sind Sie bereit, im Falle einer Zulassung das bestehende Beschäftigungsverhältnis aufzugeben?

- nein
 ja und zwar spätestens 3 Monate nach Bestandskraft meiner Zulassung
 ja und zwar zum

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

oder

Bei Erhalt der Zulassung:

- werde ich die Arbeitszeit des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses spätestens 3 Monate nach Bestandskraft meiner Zulassung auf _____ Stunden pro Woche reduzieren.
 werde ich die Arbeitszeit des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses auf _____ Stunden pro Woche zum

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

 reduzieren.

Die Arbeitszeit der Nebentätigkeit 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

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