

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

## Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt nach Umwandlung einer Anstellung

gemäß § 95 Abs. 9b 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

Titel, Vorname, Name

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

In welchem Umfang beantragen Sie die Umwandlung?

mit **vollem** Versorgungsauftrag

mit **häftigem** Versorgungsauftrag

Die Zulassung wird beantragt zum

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

### Name des ehemaligen Arbeitgebers

Titel, Vorname, Name oder Name des Medizinischen Versorgungszentrums

## Angaben zum geplanten Vertragssitz

Praxisadresse

PLZ

Ort

|  |  |  |  |  |         |
|--|--|--|--|--|---------|
|  |  |  |  |  | Hamburg |
|--|--|--|--|--|---------|

**Hinweis:** Der Vertragsarztsitz ist zunächst der Ihres Arbeitgebers. Weicht der geplante Vertragsarztsitz davon ab, muss ein Verlegungsantrag an den Zulassungsausschuss gestellt werden. Das dafür benötigte Formular "Antrag auf Praxisverlegung" finden Sie auf der Homepage der KVH ([www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)) auf der Seite "Formulare" unter dem Stichwort Praxisverlegung.

Ist eine gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit (Berufsausübungsgemeinschaft) geplant?

- nein  
 ja, mit folgenden Ärzten:

**Hinweis:** Bei Jobsharing muss zwingend eine Berufsausübungsgemeinschaft gegründet werden.

Angaben zum Antrag

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

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

nachgereicht.

## Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

**Hinweis:** Die Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. **Machen Sie bitte ggf. Kopien von den benötigten Unterlagen.**

- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seiten 4 und 5)  
 Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztl. Berufs nicht entgegenstehen (Seite 6)  
 Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses nach Belegart "O"  
Für den Antrag kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei Behörden anerkannt werden. Die Ausstellung darf **nicht länger als drei Monate** vor der Antragstellung liegen. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher, bei Ihrem 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 "Anstellung" zu stellen.

## 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 vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

Ort und Datum

Unterschrift

## Persönliche Daten

Familienname

Vorname(n)

Privatanschrift

Titel

Geburtsdatum

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Staatsangehörigkeit

Telefon privat

E-Mail privat

Geburtsname

Rufname(n)

PLZ

Ort

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

Geburtsort

Geschlecht

männlich

weiblich

Mobiltelefon

Fax privat

Besteht eine Schwerbehinderung?

nein

ja

Von welcher Stelle ist die Schwerbehinderung anerkannt?

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

## Angaben zur beantragten Zulassung

Die Zulassung wird beantragt als Facharzt für:

Als Internist machen Sie bitte folgende Angaben:

Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung

(nur für Internisten mit Schwerpunktbezeichnung möglich)

Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung

Als Kinderarzt mit Schwerpunkt machen Sie bitte folgende Angaben zum Schwerpunkt:

Teilnahme an der hausärztlichen **und** fachärztlichen Versorgung

Als ärztlicher Psychotherapeut machen Sie bitte Angaben zum Therapieverfahren:

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

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

### **Erklärung des Angestellten über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse / selbstständige oder freiberufliche Tätigkeiten**

**Hinweis:** Falls Sie Ihr Beschäftigungsverhältnis nicht reduzieren oder aufgeben möchten, müssen Sie 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.

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

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

### **Angaben zum bestehenden Beschäftigungsverhältnis / zur selbstständigen oder freiberuflichen Tätigkeit**

ggf. Arbeitgeber

Anschrift

Tätigkeit als

Wöchentliche  
Arbeitsstunden

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Dabei handelt es sich um:

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

Zu welchen Tags- / Uhrzeiten wird die Arbeitszeit erbracht?

|            | Vormittags |     | Nachmittags |     |
|------------|------------|-----|-------------|-----|
|            | von        | bis | von         | bis |
| Montag     |            |     |             |     |
| Dienstag   |            |     |             |     |
| Mittwoch   |            |     |             |     |
| Donnerstag |            |     |             |     |
| Freitag    |            |     |             |     |
| Samstag    |            |     |             |     |
| Sonntag    |            |     |             |     |

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

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

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
- Bei Erhalt der Zulassung werde ich die Arbeitszeit spätestens 3 Monate nach Bestandskraft meiner Zulassung auf \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche reduzieren.
- Bei Erhalt der Zulassung werde ich die Arbeitszeit auf \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche zum 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 reduzieren.

Die Arbeitszeit wird dann wie folgt erbracht:

|            | Vormittags |     | Nachmittags |     |
|------------|------------|-----|-------------|-----|
|            | von        | bis | von         | bis |
| Montag     |            |     |             |     |
| Dienstag   |            |     |             |     |
| Mittwoch   |            |     |             |     |
| Donnerstag |            |     |             |     |
| Freitag    |            |     |             |     |
| Samstag    |            |     |             |     |
| Sonntag    |            |     |             |     |

Ort und Datum

Unterschrift

**Vorgeschriebene Erklärung gemäß § 18 (2) e Ärzte-ZV**

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 entgegenstehen.

\_\_\_\_\_  
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 schwebt.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift