

Arzt zur Sicherstellung:

_____	_____	_____																																									
Titel	Name	Vorname																																									
_____	_____	_____																																									
Straße, Nr.	PLZ	Ort																																									
Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">TT</td><td colspan="2">MM</td><td colspan="2">JJ</td><td colspan="2">JJ</td><td colspan="2">JJ</td></tr></table>											TT		MM		JJ		JJ		JJ		Geburtsort	_____																				
TT		MM		JJ		JJ		JJ																																			
für die Zeit von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">TT</td><td colspan="2">MM</td><td colspan="2">JJ</td><td colspan="2">JJ</td><td colspan="2">JJ</td></tr></table>											TT		MM		JJ		JJ		JJ		bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">TT</td><td colspan="2">MM</td><td colspan="2">JJ</td><td colspan="2">JJ</td><td colspan="2">JJ</td></tr></table>											TT		MM		JJ		JJ		JJ	
TT		MM		JJ		JJ		JJ																																			
TT		MM		JJ		JJ		JJ																																			
<input type="radio"/> ganztags	<input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> _____ Stunden/Woche																																									
Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.																																											
Deutsche Approbation seit	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">TT</td><td colspan="2">MM</td><td colspan="2">JJ</td><td colspan="2">JJ</td><td colspan="2">JJ</td></tr></table>											TT		MM		JJ		JJ		JJ		Kopie beifügen																					
TT		MM		JJ		JJ		JJ																																			
_____		Kopie beifügen																																									
Fachgebiet		Kopie beifügen																																									
Schwerpunkt/-Zusatzbezeichnung als																																											

Grund der Antragstellung

nach § 3 Abs. 4 der Assistenten-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

- Krankheit
- Schwangerschaft und Mutterschutz
- Erziehung eines Kindes
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung
- berufspolitische und /oder politische Tätigkeit
- Tätigkeit als Lehrbeauftragter
- Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner
- Einarbeitung eines Praxisnachfolgers durch ausscheidenden bzw. ausgeschiedenen Praxisinhaber
- sonstige Einzelfälle zur Vermeidung unbilliger Härten

Nach § 3 Abs. 5 der Assistenten-Richtlinie der KVBW darf die Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung nicht der Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes zur Sicherstellung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Ärzten zur Sicherstellung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

Nach § 19 Absatz 1 Satz 3 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen Ärztinnen und Ärzte die Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zuständigen Bezirksärztekammer anzeigen. Der ärztliche Mitarbeiter muss sich selbst bei der zuständigen Bezirksärztekammer anmelden.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes/ärztlichen Leiters MVZ

Datenschutzhinweis für den Arzt zur Sicherstellung:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt, speichert und ausschließlich zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes zur Sicherstellung

Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

<input type="checkbox"/>	Approbationsurkunde des Arztes zur Sicherstellung (in Kopie)
<input type="checkbox"/>	Facharztanerkennung des Arztes zur Sicherstellung (in Kopie)
Sowie je nach Antragsgrund	Nachweise (in Kopie)
Krankheit	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung [siehe Anlage 1] (mit Aussagen zum Umfang der Leistungseinschränkung und voraussichtlichen Mindestdauer der Einschränkung)
Schwangerschaft und Mutterschutz	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung (über die bestehende Schwangerschaft)
Erziehung eines Kindes	<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde des Kindes <input type="checkbox"/> Erklärung über genommene Elternzeiten [siehe Anlage 3]
Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung bzw. Bescheinigung der Pflegekasse (Pflegestufe) [siehe Anlage 2]
Berufspolitische/Politische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Erklärung mit detailliertem Nachweis über Art, Umfang sowie Dauer der Tätigkeit [siehe Anlage 4]
Tätigkeit als Lehrbeauftragter	<input type="checkbox"/> Detaillierter Nachweis über Art u. Umfang der Lehr- bzw. wissenschaftlichen. Tätigkeit
Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner bzw. Praxisnachfolger	<input type="checkbox"/> Absichtserklärung [siehe Anlage 5]
Sonstige Einzelfälle zur Vermeidung unbilliger Härten	<input type="checkbox"/> Ausführliche Begründung des Härtefalles unter Vorlage entsprechender Nachweise

Anlage 4

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung aufgrund berufspolitischer und/oder politischer Tätigkeit

Erklärung (Berufs-)Politik

Hiermit erklärt der Unterzeichner in folgende berufs-/standespolitischen Ämter gewählt worden zu sein, wie lange diese Wahlperioden andauern und welchen wöchentlichen Zeitumfang diese Tätigkeiten in Anspruch nehmen:

Art der Tätigkeit	Zeitlicher Umfang/Woche	Wahlperiode von/bis

Praxisinhaber

Titel

Name

Vorname

Arzt zur Sicherstellung

Titel

Name

Vorname

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers

Anlage 5

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung zur Einarbeitung in den Praxisablauf

Absichtserklärung

1. Hiermit erklären die Unterzeichner, dass der beantragte Arzt zur Sicherstellung der Einarbeitung in den Praxisablauf

- im Hinblick auf eine geplante Gründung oder Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft (mit oder ohne Leistungsbegrenzung)
- im Rahmen einer geplanten Praxisübergabe
- im Hinblick auf eine geplante Anstellung (mit oder ohne Leistungsbegrenzung)

dienen soll.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

2. Uns ist bekannt, dass aus dem Umstand der Erteilung einer Genehmigung kein Rechtsanspruch auf eine spätere Zulassung des Arztes zur Sicherstellung bzw. den Erhalt einer Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes oder zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft abgeleitet werden kann.

Praxisinhaber

Titel

Name

Vorname

Arzt zur Sicherstellung

Titel

Name

Vorname

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes zur Sicherstellung