

# Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt im Rahmen des Jobsharing

## **Wichtiger Hinweis!**

**Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen** (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen
- Planungsbereich Baden-Württemberg (gesonderte fachärztliche Versorgung)

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

optionale Angaben:

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

die Zulassung

als Facharzt für \_\_\_\_\_

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en \_\_\_\_\_

mit der Zuordnung zur  hausärztlichen Versorgung oder  fachärztlichen Versorgung  
(Nur ankreuzen, wenn die Zulassung als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung beantragt wird.)

für den Vertragsarztsitz in

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Ortsteil: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

im Landkreis/Stadtkreis: \_\_\_\_\_

mit Wirkung jeweils zum Quartalsanfang:

01.01.20\_\_  01.04.20\_\_  01.07.20\_\_  01.10.20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Ich bin im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ unter der Eintragung-Nr. \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
eingetragen.

Eine Eintragung wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ beantragt.

Eine Zulassung für den Vertragsarztsitz \_\_\_\_\_ besteht bis zum \_\_\_\_\_.

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften oder amtlich beglaubigte Fotokopien beigefügt werden.)

- Auszug aus dem Arztregister
- Bescheinigungen über die bisher ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation (lückenlose Aufstellung siehe nachfolgende Tabelle)
- unterzeichneter Lebenslauf
- polizeiliches Führungszeugnis (Belegarten N oder O)
- eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses (siehe Anlage)
- Eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich ich bisher niedergelassen oder zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen war. Aus ihr müssen Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung sowie der Grund einer etwaigen Beendigung ersichtlich sein.

Lückenlose Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge:

von	bis	in welcher Stellung (z.B. Vertreter, angestellter Arzt)	Einrichtung (z.B. Krankenhaus), Ort	Tätigkeitsumfang in Wochenstunden


**Erklärungen:**

1. Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.
  
2. Ich erkläre, dass ich spätestens 3 Monate nach Unanfechtbarkeit des Zulassungsbeschlusses ein ggf. bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit beendet habe. Soll ggf. ein Anstellungsverhältnis nach Ablauf der drei Monate weiterhin bestehen bleiben, dann muss ich dieses durch umgehende Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers dem Zulassungsausschuss für Ärzte anzeigen.
  
3. Ich erkläre mein Einverständnis, dass dieser Zulassungsantrag an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg weitergeleitet werden soll, wenn ich eine der folgenden Tätigkeiten im Rahmen meiner Zulassung ausüben möchte:

Belegarztztätigkeit

Kurarztztätigkeit

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Wir beantragen die Genehmigung zur Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit Wirkung jeweils zum Quartalsanfang:

01.01.20\_\_       01.04.20\_\_       01.07.20\_\_       01.10.20\_\_.

in der Rechtsform der  Partnerschaftsgesellschaft  
 Gesellschaft bürgerlichen Rechts.

ggf. Praxisnamen\* \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname, Praxisadresse	Fachgebiet ggf. Schwer- punkt	Versorgungsbereich		LANR
		hausärztlich	fachärztl.	
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der in die Praxis eintretende Jobsharingpartner soll in der Berufsausübungsgemeinschaft folgendem Vertragsarzt zugeordnet werden:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_.

Dem Antrag auf Genehmigung einer Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft liegt der Gesellschaftsvertrag im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie bei.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Hinweis:**

Für diesen Antrag wird für die Zulassung eine Gebühr in Höhe von EUR 100,00 und für die Berufsausübungsgemeinschaft eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen Buchungsnummern mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühren nur unter Angabe dieser Buchungsnummern.

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bedürfen.

<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>

\*Sollte der Außenauftritt eine Bezeichnung beinhalten, die weitergehend ist, als die Regelung des § 18 a Berufsordnung Landesärztekammer Baden-Württemberg, bitten wir um Vorlage einer Bestätigung der jeweils zuständigen Bezirksärztekammer über die berufsrechtliche Zulässigkeit des Außenauftritts.

## Erklärung zu Beschäftigungsverhältnissen

---

(Name, Vorname)

LANR: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, dass zum Zeitpunkt meiner jetzigen Antragstellung

keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen.

folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

---

(Art der Tätigkeit)

---

(Dienststelle usw.)

---

(Art des Beschäftigungsverhältnisses)

Vollzeitstelle

Teilzeitstelle

mit \_\_\_\_\_ Stunden.

Ich bin bereit, das Beschäftigungsverhältnis

aufzugeben, und zwar zum \_\_\_\_\_.

nicht aufzugeben.

---

(Datum)

---

(Unterschrift)