

Zulassungsausschuss für Ärzte

bei der
Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Friedrich-Engels-Str. 103, 14473 Potsdam, Tel.: 0331/2309-0

Tag des Eingangs des Antrages

Antrag auf Zulassung als Facharzt für _____

(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

1. Antragsteller

Titel, Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde

Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

Staatsangehörigkeit Telefon tagsüber

2. Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

als Facharzt für _____

für _____
(Praxisanschrift, Vertragsarztsitz) (Str., Nr.)

(PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum _____
voraussichtl. Niederlassungsdatum

Einzelpraxis Praxisgemeinschaft mit _____

Berufsausübungsgemeinschaft mit _____

Die Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft bedarf gem. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o.ä.

3. Tag der Approbation: _____ Abschluss des Staatsexamens: _____

Tag der Promotion: _____ Facharztanerkennung als: _____

_____ seit: _____

6. Vorgeschriebene Erklärungen

6.1. 1. Ich erkläre hiermit, dass im Zeitpunkt meiner jetzigen Bewerbung

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

Art des Beschäftigungsverhältnisses: _____

Dienststelle: _____

die ich mit Beginn der Aufnahme meiner ambulanten ärztlichen Tätigkeit beenden werde.

- Das Beschäftigungsverhältnis kann zum _____ beendet werden.

Unterschrift

6.1.2. Nach erfolgter Zulassung werde ich

- weder angestellt tätig sein noch andere nicht ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben

- angestellt tätig sein bei _____
zeitlicher Aufwand _____
Wochenstunden _____

- andere nicht ehrenamtliche
Tätigkeiten ausüben, nämlich _____
Art der Leistungen _____
Ort u. Anschrift der Nebentätigkeit _____
zeitlicher Aufwand _____
Wochenstunden _____

Unterschrift

6.2. Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht rauschgiftsüchtig war.

Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Unterschrift

6.3. In Ergänzung zu dem von mir am _____ beantragten Führungszeugnis*¹⁾ erkläre ich hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und daß weder ein Ermittlungs-, Straf- oder berufsgerichtliches Verfahren anhängig ist. **)

Unterschrift

*)Für den Zulassungsantrag kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde anerkannt werden, dessen Ausstellung nicht länger als drei Monate vor der Antragstellung liegen darf. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung Ihres Zulassungsantrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher dringend, bei dem für Ihre Wohnung zuständigen Einwohnermeldeamt den Antrag auf Erteilung eines Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 BZRG zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Ärzte unter Angabe der Anschrift „14473 Potsdam, Friedrich-Engels-Str. 103“, und des Verwendungszweckes „Zulassungsantrag“ zu stellen.

**)Ggf. ist der genaue Tatbestand in einem ausführlichen Schreiben unter Beifügung diesbezüglicher Unterlagen darzulegen.

Dem Antrag auf Zulassung sind beigefügt:

- Auszug aus dem Arztregister gem. § 18 Abs. 1 a Zulassungsverordnung
- Nachweis über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten **nach der Arztregistereintragung** (belegt durch Zeugnisse, Beurteilungen und Arbeitsbescheinigungen im Original oder in amtlich beglaubigter Form, Siegel)
- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund der etwaigen Beendigung ergeben.
- unterschriebener und aktuell datierter Lebenslauf

Das polizeiliche Führungszeugnis ist „**zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG**“ zu beantragen ist. Zur Übersendung ist die Anschrift des Zulassungsausschusses anzugeben. Anderslautende Führungszeugnisse können nicht anerkannt werden.

Die für diesen Antrag gemäß § 46 Zulassungsverordnung-Ärzte zu entrichtende Gebühr von **Euro 100,--** zahle ich

- per Verrechnungsscheck
- per Überweisung auf das Konto Nr.: 0103118428, BLZ: 100 906 03 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Potsdam, Stichwort „Zulassung, Name, Vorname“

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich dem Zulassungsausschuss und nach meiner Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg jeweils unverzüglich mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift

Titel, Name (in Druckschrift)

Erklärung bezüglich der Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Ich habe das Merkblatt der genehmigungspflichtigen Leistungen, im Internet unter *kvbb.de/Qualitätssicherung/genehmigungspflichtige Leistungen*, zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung für die in o. g. Merkblatt aufgeführten Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, zu beantragen ist und eine Abrechnung dieser Leistungen **erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie mit einem verbindlich gewordenen Beschluss des Zulassungsausschusses bei der KVBB möglich ist.**

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise

zum Antragsformular für eine Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

- Ein Antrag auf Zulassung kann gem. § 95 Abs. 2 SGB V erst als Antrag gewertet und bearbeitet werden, wenn die Arztregistereintragung nach § 4 Abs. 1 Ärzte-ZV nachgewiesen und gemäß § 18 Ärzte-ZV der Vertragsarztsitz angegeben ist.
Lt. § 4 Ärzte-ZV ist der Arzt in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem sein Hauptwohnsitz liegt.
Zu Fragen hinsichtlich der Arztregistereintragung im Land Brandenburg: Arztregister der KVBB ☎ 0331/2309-324 oder 2309-325
- Nach § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV hat ein Vertragsarzt seine Wohnung so zu wählen, dass er für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Praxissitz zur Verfügung steht. Sollte Ihr Wohn- und Praxisort nicht identisch sein, ist eine schriftliche Stellungnahme mit Angabe der Entfernung (min/km) abzugeben.
- Eine Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) sowie mit einem rechtskräftig gewordenen Bescheid des Zulassungsausschusses für Ärzte möglich.
Ein aktuelles Merkblatt über die genehmigungspflichtigen Leistungen ist unter kvbb.de/Qualitätssicherung/genehmigungspflichtigeLeistungen abrufbar. Eine Genehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, zu beantragen.
Anliegende Erklärung über die Kenntnisnahme des Merkblattes der genehmigungspflichtigen Leistungen ist unterzeichnet zurückzusenden.
- Im Zusammenhang mit einem Antrag auf Zulassung stehen wir Ihnen für alle Fragen unter ☎ 0331/2309-312 zur Verfügung. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Niederlassungsberatung der KVBB unter ☎ 0331/ 2309-320, Frau Rettkowski in Anspruch zu nehmen.