

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 Zulassungs-ausschuss 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)
- 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

**Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Friedrich-Engels-Straße 103
14473 Potsdam**

**Genehmigung nur zu Quartals-
beginn möglich
Die Vorlage des Gesellschafts-
vertrages ist mindestens
2 M O N A T E vor dem geplanten
Aufnahmetermin erforderlich**

Hiermit beantragen wir,

1. Nachname: _____ Vorname: _____
Titel: _____ Fachrichtung: _____

2. Nachname: _____ Vorname: _____
Titel: _____ Fachrichtung: _____

3. Nachname: _____ Vorname: _____
Titel: _____ Fachrichtung: _____

gemäß § 33 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) die Genehmigung zur gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ab: _____ Quartal 20_

in: _____
(vollständige Anschrift)

Ein von den Partnern unterschriebenes Exemplar des abgeschlossenen Gesellschaftsvertrages

ist zum Verbleib beigefügt wird bis zum _____ nachgereicht.
Wir verpflichten uns, jede Änderung dieses Vertrages dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Die für diesen Antrag gem. § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV zu entrichtende **Gebühr von Euro 120,-** wurde

auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Nr.: 0103118428, Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (BLZ 100 906 03), – mit dem Vermerk "Gebühr für Berufsausübungsgemeinschaft" – überwiesen.

Ort, Datum

Partner 1

Partner 2

Partner 3

Hinweis: Gemäß § 24 der Berufsordnung sind Gesellschaftsverträge vom Antragsteller der Landesärztekammer Brandenburg vorzulegen, damit geprüft werden kann, ob berufsrechtliche Belange gewahrt sind.

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 Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen des Jobsharing nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

Die Gebietsbezeichnung des nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V zugelassenen Arztes muss mit der des bereits zugelassenen Arztes fachgebietenidentisch sein.

Voraussetzung für die zusätzliche Zulassung nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ist die Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem bereits zugelassenen Arzt desselben Fachgebietes sowie die Verpflichtungserklärung der Partner der Berufsausübungsgemeinschaft, den bisherigen Leistungsumfang nicht wesentlich zu überschreiten. Diese Erklärung wird nach Berechnung des Gesamtpunktzahlvolumens abgefordert.

- 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/ genehmigungspflichtige Leistungen 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 vom die Zulassung beantragenden Arzt 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.