

Zulassungsausschuss für Ärzte  
Mecklenburg-Vorpommern  
Neumühler Str. 22  
19057 Schwerin

(Posteingangsstempel)

**Antrag auf Genehmigung eines angestellten Arztes**  
nach § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32 b Ärzte-ZV

**1. Vertragsarztpraxis:**

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

beabsichtigter Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_ ab: \_\_\_\_\_

für das Fachgebiet \_\_\_\_\_

Anzahl der Wochenstunden: \_\_\_\_\_

Als verantwortlicher Arzt wird Herr/Frau \_\_\_\_\_ benannt

Bei einer BAG, Ansprechpartner benennen \_\_\_\_\_

**2. Angaben zum anzustellenden Arzt:**

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

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können. (Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist die Anstellung an einen verantwortlichen Arzt zu binden, um spätere mögliche zivil-, bzw. arbeitsrechtliche Probleme nicht aufkommen zu lassen).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verantwortlichen Vertragsarztes

**Folgende Unterlagen des anzustellenden Arztes sind dem Antrag beizufügen:**

- Bescheid über die Eintragung in das Arztregister
- Behördenführungszeugnis (darf zum Zeitpunkt der Zulassung nicht älter als 6 Monate sein und muss zur Verhandlung dem Zulassungsausschuss vorliegen)
- Lebenslauf mit Unterschrift
- Arbeitsvertrag im Original
- Gebührennachweis über EUR 120,00 gemäß § 46 (1) c Ärzte-ZV (Konto des Zulassungsausschusses bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank BLZ 300 606 01, Kontonummer 0003053393 - codierter Zahlungsgrund 740001)

**Nach erfolgter Genehmigung sind folgende Gebühren zu entrichten:**

- 400,- € gemäß § 46 Abs. 2 c) Ärzte-ZV (auf das Konto des Zulassungsausschusses)
- 400,- € gemäß § 46 Abs. 2 Nr. d) (Konto der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank BLZ 300 606 01, Kontonummer 0003053393 - codierter Zahlungsgrund 740005)

**Erklärungen des anzustellenden Arztes**

1. Zum Zeitpunkt der Antragstellung befinde ich mich in folgendem/keinem Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

---

---

---

mit  Wochenstunden und beabsichtige diese Tätigkeit fortzusetzen. Die Nebentätigkeitserlaubnis dieses Arbeitgebers füge ich dem Antrag bei.

2. Ich erkläre hiermit, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es auch nicht innerhalb der letzten 5 Jahre war.  
Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten 5 Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe, und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Des weiteren erkläre ich, dass gegen mich kein Strafverfahren bzw. Ermittlungsverfahren anhängig ist, dass ich keine Versorgungsrente beziehe und keine Bezüge wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit erhalte.

**Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit meiner Angaben.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des anzustellenden Arztes