

Absender:

Zulassungsausschuß für Ärzte
in Mecklenburg- Vorpommern
Neumühler Strasse 22
Postfach 160 145

19091 Schwerin

Antrag auf Erteilung einer beschränkten Zulassung zur gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 101 Abs. 1 Ziffer 4 SGB V („Job-sharing“)

1. Hiermit beantrage ich die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als

_____ (Gebietsbezeichnung; Schwerpunktbezeichnung), in

Berufsausübungsgemeinschaft mit Herrn /Frau Dr. med.

_____ ,

Facharzt/Fachärztin für _____, mit dem Schwerpunkt.

_____ für _____

_____ (Praxisanschrift) nach § 101 Abs. 1 Ziffer 4 SGB V

mit Wirkung ab _____. Nach meiner Niederlassung werde ich in

_____ wohnen und die Entfernung zwischen dieser

Wohnung und der oben genannten Praxis beträgt _____ km.

2. Da ich zum Führen der Schwerpunktbezeichnung _____

berechtigt bin und die von Herrn/Frau Dr. med. _____

bisher erbrachten Leistungen diesen Schwerpunkt nicht umfassen, verzichte ich auf das Führen der o.g. Schwerpunktbezeichnung, solange ich eine nach § 101 Abs. 3 Satz 1 SGB V beschränkte Zulassung besitze.

3. Herr/Frau Dr. med. _____ nimmt an der

haus-/ fachärztlichen* Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, und daher entscheide ich mich

ebenfalls für die Teilnahme an der haus-/fachärztlichen* Versorgung.

4. Die gemäß § 46 Abs. 1b Ärzte-ZV mit dem Antrag auf Zulassung fällige Gebühr in

Höhe von 100,- Euro werde ich unverzüglich auf das Konto 0 003 053 393 bei der

Deutschen Apotheker- und Ärztebank Schwerin (BLZ 300 606 01/codierter Zahlungsgrund:

740001) überweisen.

Die in § 18 der Ärzte -Zulassungsverordnung aufgeführten Unterlagen sowie der mit der Berufsausübungsgemeinschaft **geschlossene Gesellschaftervertrag** sind diesem Antrag beigelegt bzw. werden in Kürze nachgereicht.

Datum/ Unterschrift/ Stempel
(Antragsteller)

Die Zulassung ist gebunden an die gemeinsame Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt.

Als verantwortlicher Arzt der Praxis wird Herr/Frau
benannt: _____

Unterschrift des/ der Gesellschafter

* Nichtzutreffendes bitte streichen.

Dem Antrag auf Zulassung beizufügende Unterlagen:

- Antrag auf Zulassung (beiliegendes Antragsformular)
- beiliegende Erklärungen gemäß § 18 d und e Ärzte-ZV
- Bestätigung über die Eintragung in ein Arztregister (Auszug aus dem Arztregister)
- Lebenslauf und beruflicher Werdegang (tabellarisch)
- Behördenführungszeugnis im Original (nicht älter als ½ Jahr)
- lückenlose Nachweise über die seit der Arztregistereintragung ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten /z.B. Arbeitsverträge, Änderungsverträge, - amtlich beglaubigt- (Sollten Sie in einem Zeitraum nicht ärztlich tätig gewesen sein, bitten wir Sie, uns dies zu bescheinigen)
- ggf. Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich Sie bisher niedergelassen waren, aus denen sich der Ort und die Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergaben
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr in Höhe von 120,- Euro gemäß § 46 c der Zulassungsverordnung für Ärzte

Bankverbindung: Deutschen Ärzte- und Apothekerbank BLZ 120 906 40, Kontonummer 0003053393 - codierter Zahlungsgrund 740001

Empfänger: Zulassungsausschuss für Ärzte

Amtlich beglaubigen können bei der Vorlage der Originale ein **Notar und siegelführende Einrichtungen.**

Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 d Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, da ich zum Zeitpunkt der Bewerbung um die Zulassung als

für den Niederlassungsort _____

in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis /

in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe:

Die Beendigung dieses/dieser Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse(s)

ist frühestens zummöglich

bleibt bestehen mit einem Stundenumfang von pro Woche

Mir ist bekannt, dass beabsichtigte Nebentätigkeiten anzeigepflichtig und entsprechende Vereinbarungen der KVMV vorzulegen sind.

Name

Wohnort

Datum

Unterschrift

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 e Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, daß ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es innerhalb der letzten fünf Jahre auch nicht gewesen bin, daß ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und daß bei mir keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes 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

Name, Vorname

Wohnort

Datum

Unterschrift