

Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt an der haus- oder fachärztlichen Versorgung

Name : _____

Vorname : _____

jetzige

Wohnanschrift: _____

Hiermit beantrage ich die Zulassung zu den Pflicht- und Ersatzkassen

- mit hälftigem Versorgungsauftrag
- mit vollem Versorgungsauftrag

hausärztliche Tätigkeit als _____

fachärztliche Tätigkeit als _____

Zulassung beantragt zum _____

- als Einzelpraxis
- als Praxisgemeinschaft
- als Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisstandort ggf. mit

Angabe des Stadtteils: _____

Sprechzeiten: _____

Wohnanschrift nach der Niederlassung : _____

Entfernung zwischen Wohnung und Praxis in km : _____

Ich bin bereit, an der Versorgung der Pflicht- und Ersatzkassenmitglieder teilzunehmen sowie die Verträge in ihrer jeweils geltenden Fassung und die zu ihrer Durchführung erlassenen Bestimmungen als für mich verbindlich anzuerkennen.

Ich bin damit einverstanden, dass andere Bewerber für diesen Praxissitz von meinem Vorhaben in Kenntnis gesetzt und auch in diesem Zusammenhang mein Name und meine Anschrift bekannt gegeben werden.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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

Dem Antrag auf Zulassung beizufügende Unterlagen

- Antrag auf Zulassung (beiliegendes Antragsformular)
- Nachweis über die Eintragung in ein Arztregister (aktueller Arztregisterauszug)
- Erklärungen gemäß § 18 Abs. 2 d und e Ärzte-ZV
- Lebenslauf inkl. beruflicher Werdegang
- Behördenführungszeugnis im Original (nicht älter als ½ Jahr)
- Bescheinigungen über die seit der Arztregistereintragung ausgeübten ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten (in Form von Zeugnissen, Beurteilungen, Arbeitsverträgen, amtlich beglaubigt)
- 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 der Grund einer etwaigen Beendigung ergaben
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr (Kopie des Einzahlungsbeleges)

Für den Antrag auf Zulassung wird nach § 46 Abs. 1 b Ärzte-ZV eine Gebühr von **100,- Euro** erhoben, die mit der Antragstellung fällig wird. Diese Gebühr ist auf folgendes Konto einzuzahlen:

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank Schwerin

BLZ: 300 606 01

Kontonummer: 0003053393

cod. Zahlungsgrund: 740001