

**Antrag auf Genehmigung
einer(s) angestellten Ärztin/Arztes
gem. § 32 b Ärzte-ZV**

Antragsteller/-in:

(Titel/Vorname/Name)

(Geburtsdatum)

(Vertragsarztsitz/Straße mit PLZ und Ort)

(Zulassungsfachgebiet)

Ich beantrage zum _____ die Genehmigung zur Beschäftigung einer(s) angestellten Ärztin/Arztes gemäß § 32 b Ärzte-ZV und nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. Abschnitt 6 der BPR-Ä (mit Leistungsbeschränkung)

halbtags (20 Std.) ganztags (40 Std.) teilzeit mit __ Std./Woche

Die Leistungsbeschränkungserklärung und der Anstellungsvertrag sind diesem Antrag beigelegt.

(Ort/Datum)

(Unterschrift Antragsteller/-in- Anstellende(-r) Ärztin/Arzt)

Gebühren: Mit dem Antrag auf Anstellung eines Arztes sind gem. § 46 Abs. 1 b Ärzte-ZV € 120,- an Gebühren zu entrichten.

- Den Betrag zahle ich bar in der KVHB, Schwachhauser Heerstr. 26/28 ein.
- Ich habe den Betrag am auf das Bankkonto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Bremen, BLZ 300 606 01, Kto-Nr. 0002 224 666 mit dem Vermerk „Angestellter Arzt“ überwiesen.

Personalien und Angaben zur/zum angestellten Ärztin/Arzt:

(Titel/Vorname/Name)

(Geburtsdatum)

(Wohnort/Straße)

(Fachgebiet/Schwerpunkt)

Ich war zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen in: _____

vom: _____ bis: _____

Grund für die Aufgabe der Zulassung: _____

Ich bin Vertragsarzt in: _____ seit: _____

Beamten- oder Angestelltenverhältnis bei: _____

_____ als: _____

Ausbildung und ärztliche Tätigkeit nach der Approbation

- Gebietsarztanerkennung als: _____
 ggf. mit Teilgebietsbezeichnung: _____
 ggf. mit Zusatzbezeichnung: _____
- Ausländische Approbation: _____ erteilt durch: _____

Tätigkeit nach der Approbation in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge:

von.....bis.....	Ort	Stellung/Tätigkeit	<u>Krankenhaus, Klinik, Amt, Institut</u> Name / Abteilung	

Diesem Antrag auf Genehmigung einer(s) angestellten Ärztin/Arztes sind gemäß § 32 b Ärzte-ZV folgende Nachweise beigefügt:
(Anstelle von Originaldokumenten können amtlich beglaubigte Abschriften eingereicht werden.)

- a) **Eintragung ins Arztregister (andere KV)** **in Bremen eingetragen**
- b) **Zeugnisse/Bescheinigungen** über die ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztliche Prüfung
- c) **Tabellarischer Lebenslauf**
- d) **Polizeiliches Führungszeugnis** zur Vorlage bei einer Behörde (**Belegart 0**)
- e) **Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen**, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben
- f) **Erklärung** über, im Zeitpunkt der Bewerbung, bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses, (siehe nächste Seite)
- g) **Erklärung** des Bewerbers, ob er rauschgiftsüchtig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen, (siehe nächste Seite).

6. Einverständniserklärung:

Gemäß § 21 Ärzte-ZV ist ein Arzt mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere ein Arzt, der in den letzten 5 Jahren rauschgift- oder trunksüchtig war, ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses die zuständigen Stellen (bisherige KV, Ärztekammer, Behörden) danach befragen kann, ob entsprechende Mängel dort bekannt sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend dem Zulassungsausschuss mitteilen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Angestellte(-r))

Der Anstellungsvertrag und Anstellungsverträge eventueller weiterer Anstellungen sind diesem Antrag beizufügen.

Die nachfolgende Leistungsbeschränkungserklärung ist von allen beteiligten Ärzten unterschrieben diesem Antrag beizufügen.

Leistungsbeschränkungserklärung

zum Antrag auf Genehmigung eines angestellten Arztes nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, i. V. m. den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte (BPRI-Ä) und § 32 b Ärzte ZV

A: Antragsteller:

Dr.

Name des Antragstellers:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
--------------------------	------------	---------------------

B: Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) mit: (Bitte alle Partner auflühren)

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

Name des Antragstellers/Partners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
-----------------------------------	------------	---------------------

C. Ich erkläre (wir erklären) mich (uns) gegenüber dem Zulassungsausschuss bereit, während der Beschäftigung von Herrn/Frau _____ den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang (wie er sich aus der Anlage ergibt) nach Menge der Leistungen nicht wesentlich zu überschreiten.

Die Erklärung ist für uns rechtsverbindlich. Den auf dieser Grundlage getroffenen Feststellungsbescheid des Zulassungsausschusses über die Leistungsbeschränkung erkennen wir an und wir verzichten insoweit auf Rechtsmittel.

D. Wir erkennen die dazu nach Maßgabe der BPRI-Ä vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an.

E. Die Inhalte des Abschnitt 6 der BPRI-Ä habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen.

Mit Ausscheiden aus dem Angestelltenverhältnis endet die Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes.

Ich/wir verpflichten uns mit meiner (unseren) Unterschrift(-en) zur Einhaltung der vorgenannten und in den BPRI-Ä aufgeführten Auflagen für die Dauer des Angestelltenverhältnisses von Herrn/Frau _____ in meiner (unserer) Praxis.

Bremen, den _____

Antragssteller: (Bitte hier unterschreiben)

1:

Praxisinhaber:

Unterschrift:

2:

2. Praxisinhaber:

Unterschrift:

3:

3. Praxisinhaber:

Unterschrift:

4:

4. Praxisinhaber:

Unterschrift:

5:

5. Praxisinhaber:

Unterschrift:

Angestellter Arzt:

Name der/des Angestellten:

Unterschrift:

Als Anlage ist die von der KVHB zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuell erstellte Berechnung der Leistungsbegrenzung beizufügen.

Hinweise zu genehmigungspflichtigen Leistungen

Einige vertragsärztliche Leistungen stehen unter einem Genehmigungsvorbehalt, d.h. **sie dürfen erst durchgeführt und abgerechnet werden, nachdem eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde.** Die Genehmigungsvoraussetzungen richten sich nach der jeweils geltenden Qualitätssicherungs-Vereinbarung bzw. -richtlinie. Darüber hinaus können Verträge der KVHB spezielle Teilnahmevoraussetzungen enthalten.

Hinweise zum Genehmigungsdatum:

- Eine Genehmigung kann erst zu dem Datum erteilt werden, zu dem die Antragsunterlagen mit den erforderlichen Nachweisen vollständig bei der KVHB eingegangen sind
- Frühestes Genehmigungsdatum ist das Datum der Zulassung oder Ermächtigung
- Rückwirkend erteilte Genehmigungen sind aus rechtlichen Gründen nicht zulässig.

Antragsformulare:

Sie können das notwendige Antragsformular mit Hilfe dieser Übersicht anfordern oder Sie downloaden es direkt von der Homepage der KVHB (www.kvhb.de/zulassung/gen.php). Anträge, die formlos gestellt werden können, sind gesondert gekennzeichnet.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionenbestimmung |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> PDT |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | <input type="checkbox"/> PDK |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie | <input type="checkbox"/> Präventionsangebot für Kinder (formlos mit Nachweis) |
| <input type="checkbox"/> Belegarztstätigkeit | <input type="checkbox"/> Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapeutische Leistungen | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Chronische Wunde | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> DMP Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> DMP Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik |
| <input type="checkbox"/> DMP Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> DMP Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie |
| <input type="checkbox"/> DMP Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung |
| <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung | <input type="checkbox"/> Kernspintomographie |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebscreening (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> MR-Angiographie |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebscreening | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe/Diagnostik und Therapie |
| <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS-verantwortlicher Arzt | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeutisch tätiger Arzt |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen | <input type="checkbox"/> Sensomotorische Übungsbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> Soziotherapie |
| <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen (O III. Leistungen) | <input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlungen (formlos mit Nachweis) |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG-Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Tonsillotomie |
| <input type="checkbox"/> LDL-Apherese | <input type="checkbox"/> Übende Verfahren und suggestive Techniken |
| <input type="checkbox"/> Neuordnung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Dialyse) | <input type="checkbox"/> Ultraschall-Untersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Onkologisch verantwortlicher Arzt (Onkologie-Vereinbarung) | <input type="checkbox"/> Wahltarif BKK Arzt privat |
| <input type="checkbox"/> Optimierung der Betreuung von Kindern mit Asthma bronchiale (Kinderärzte) (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> Willkommen Baby |
| | <input type="checkbox"/> Zervix-Zytologie |

Antragsteller/in oder anstellende/r Arzt /Ärztin:.....
(Titel, Vorname, Name).....
(Fachrichtung).....
(Straße, Haus-Nr.).....
(Postleitzahl, Ort).....
(Tätigkeit geplant in Praxis).....
(Praxisbeginn).....
(Ort, Datum).....
(Unterschrift)