

# Antrag auf Genehmigung zur Anstellung im Medizinischen Versorgungszentrum

## Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum

1. Name des MVZ:  
.....
2. Anschrift:  
.....
3. Organisationsform:  
.....
4. Vertretene Fachgebiete:  
.....
5. Ärztlicher Leiter:  
.....
6. Zugelassen seit:  
.....

## Bisherige Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit im MVZ durch folgende Ärzte

1. **Titel, Name, Vorname:**  
.....  
Angestellter (Std./Wo.) oder Vertragsarzt:  
.....
2. **Titel, Name, Vorname:**  
.....  
Angestellter (Std./Wo.) oder Vertragsarzt:  
.....
3. **Titel, Name, Vorname:**  
.....  
Angestellter (Std./Wo.) oder Vertragsarzt:  
.....
4. **Titel, Name, Vorname:**  
.....  
Angestellter (Std./Wo.) oder Vertragsarzt:  
.....
5. **Titel, Name, Vorname:**  
.....  
Angestellter (Std./Wo.) oder Vertragsarzt:  
.....

## Verzichtserklärung auf meine Zulassung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich den Verzicht auf meine Zulassung, die ich in das MVZ \_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_, Quartal (\_\_\_ / \_\_\_), einbringen werde unter dem Vorbehalt der tatsächlichen Genehmigung meiner Tätigkeit als angestellter Arzt innerhalb des MVZ ab \_\_\_\_\_.

### Angaben zum abgebenden Arzt:

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Fachgruppe)

Ich war bisher zugelassen am Vertragsarztsitz \_\_\_\_\_ und beantrage die Verlegung meines Vertragsarztsitzes an den MVZ-Sitz.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel des ausscheidenden Arztes

## Bestätigung über Beendigung der Anstellung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich mein bestehendes Anstellungsverhältnis bei/in \_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_ beenden werde um ab \_\_\_\_\_ als Angestellter im MVZ tätig zu werden.

### Angaben zum Angestellten:

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Fachgruppe)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausscheidenden und neu anzustellenden Arztes

# Antrag des MVZ auf Genehmigung zur Anstellung folgender Ärztin/ folgendes Arztes:

Wir, das MVZ, beantragen die Anstellung von

---

(Titel, Name, Vorname, Facharzt für)

im Rahmen unseres ganztägigen Versorgungsauftrages für das Fachgebiet

---

ab dem

---

in einer wöchentlichen Stundenzahl von \_\_\_\_\_ Stunden.

(bis zu 10 Std= Anrechnungsfaktor 0,25

(bis zu 20 Std= Anrechnungsfaktor 0,5

(bis zu 30 Std= Anrechnungsfaktor 0,75

(über 30 Std= Anrechnungsfaktor 1)

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben in diesem Antrag:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Ärztlichen Leiters



## Erklärung des Angestellten

Ich erkläre hiermit, dass ich z. Zt. in einem/keinem Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens am \_\_\_\_\_  
beendet werden.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_  
gekündigt worden.

Neben der Anstellung im MVZ habe ich ab \_\_\_\_\_ folgende weitere Anstellungen/Tätigkeiten  
(bitte Arbeitgeber, Art und Umfang angeben sowie eine Kopie der Anstellungsgevrträge beifügen-  
bitte beachten: Die Summe aller Anstellungen darf max. 48 Std./Woche nicht überschreiten):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Ort, Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift )

## Erklärung des Angestellten

Ich erkläre hiermit, dass ich weder rauschgiftsüchtig bin, noch innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin.  
Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht  
unterzogen, so dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht  
entgegenstehen.

\_\_\_\_\_  
( Ort, Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift )

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Antrag:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Angestellten

## 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](http://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"/> Hautkrebsscreening (formlos mit Nachweis)  | <input type="checkbox"/> MR-Angiographie  |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebsscreening   | <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 anstellendes MVZ:

.....  
(Titel, Vorname, Name)

.....  
(Fachrichtung)

.....  
(Straße, Haus-Nr.)

.....  
(Postleitzahl, Ort)

.....  
(Tätigkeit geplant im MVZ)

.....  
(Datum der Tätigkeitsaufnahme)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

## Diesem Antrag sind folgende Unterlagen im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie beizufügen:

- **Arztregisterauszug**, es sei denn die/der Angestellte ist im Arztregister der Kassenärztliche Vereinigung Bremen eingetragen
- Nachweise über die ärztliche Tätigkeit der/des Angestellten seit der Eintragung in ein Arztregister
- Unterschriebener tabellarischer **Lebenslauf**
- **Erklärungen** gem. § 18 Abs. 2 d) und e) Ärzte-ZV (siehe Seite 5)
- polizeiliches **Führungszeugnis** der Belegart „O“ für die/den Angestellte (-n)
- Approbationsurkunde im Original, es sei denn die/der Angestellte ist im Arztregister der Kassenärztliche Vereinigung Bremen eingetragen
- **Arbeitsvertrag** im MVZ und ggf. Anstellungsverträge bei weiteren Tätigkeiten.

### **Gebühren:**

Gemäß § 46 Abs. 1 b Ärzte-ZV ist mit jedem Antrag auf Genehmigung eines angestellten Arztes eine **Gebühr von € 120,00** zu entrichten, die Sie bitte auf das Konto 000 222 4 666 der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (BLZ 300 606 01) mit dem Vermerk „MVZ/ Angestellter Arzt“ überweisen wollen.