

# Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit für den Planungsbereich

Bremen-Stadt

Bremerhaven-Stadt

**Personalien:**

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum/-ort	

**Privatadresse:**

Straße	
Postleitzahl, Ort	
e-mail	
Telefon privat	
tagsüber erreichbar	

**Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit zum: \_\_\_\_\_ als**

Vollzulassung

Job-sharing-Vollzulassung

Teilzulassung

Job-sharing-Teilzulassung

als Hausarzt

FA für Allgemeinmedizin

Praktischer Arzt

FA für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung)

als fachärztlich tätiger Internist

FA für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung)  
Angabe Schwerpunktbezeichnung

als FA für Kinderheilkunde

hausärztliche

fachärztliche Versorgung  
(Angabe Schwerpunktbez.)

als Facharzt für:

.....

als psychotherapeutisch  
tätiger Arzt

ausschließlich pt-tätig

geplanter pt-Leistungsanteil \_\_\_\_\_ Prozent

**für den Vertragsarztsitz:** \_\_\_\_\_

(Angabe Straße und Hausnummer/ bei Praxisausschreibungen bitte zusätzlich Ausgabe der Veröffentlichung im Ärztejournal angeben)

**Für eine vollständige Antragstellung sind beizufügen:**

1. Auszug aus dem Arztregister (§ 18 Abs. 1 a Ärzte-ZV) bzw.  in Bremen eingetragen
2. Ärztliche Tätigkeiten seit der Approbation (§ 18 Abs. 1 b Ärzte-ZV)

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

3. Tabellarischer Lebenslauf (§ 18 Abs. 2 a Ärzte-ZV) mit Datum und Unterschrift
4. Polizeiliches Führungszeugnis Belegart 0 (§ 18 Abs. 2 b Ä-ZV) zur Vorlage bei einer Behörde
5. KV-Bescheinigungen zur bisherigen niedergelassenen Tätigkeit (§ 18 Abs. 2 c Ärzte-ZV)
6. Erklärung über Dienst-/Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2 d Ärzte-ZV)

**Ich erkläre hiermit,**

- dass ich z. Zt. in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe**  
(bitte auch Angabe Std./Woche):

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens am \_\_\_\_\_ beendet werden.  
Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ gekündigt worden.

Neben der beantragten Zulassung bin ich noch/ werde ich noch in folgenden Dienst-/ Beschäftigungsverhältnissen ärztlich tätig/ sein (der Anstellungsvertrag wird diesem Antrag in Kopie beigefügt):

- \_\_\_\_\_ (Tätigkeitsort und Std./Woche)

- dass ich z. Zt. in keinem Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis stehe.**

Mir ist bekannt, dass ich mich mit Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (Vollzulassung) nur insgesamt maximal 13 Std./Woche in anderen Dienst-/Beschäftigungsverhältnissen befinden darf und dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss mit Angabe des zeitlichen Umfangs und Kopie des Anstellungsvertrages zur Kenntnis zu geben ist.

Bei einer Teilzulassung erhöht sich die zulässige Dauer der Nebentätigkeit(-en) auf 20 Std./Wo.

7. **Erklärung** (§ 18 Abs. 2 e Ärzte-ZV)

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 und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen. Ich erkläre, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

8. Ist Ihnen die Berufsausübung als Arzt zu irgendeiner Zeit untersagt oder eingeschränkt bzw. die Approbation entzogen/ruhend gestellt worden?  ja  nein

Wenn ja, von welcher Stelle, für welchen Zeitraum und aus welchem Grund?

9. Läuft noch ein Antrag auf Zulassung oder Genehmigung als angestellte(r) Ärztin/Arzt bei einem anderen Zulassungsausschuss (bei welchem/ zu welchem Beginndatum) ?

10. Die Entfernung und durchschnittliche Fahrtzeit zwischen meiner Wohnung und der Praxis beträgt:

\_\_\_\_\_ km \_\_\_\_\_ Minuten

11. **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 der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Gebühren:** Mit der Antragstellung auf Zulassung bzw. mit der Bewerbung um einen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz sind gem. § 46 Abs. 1 b Ärzte-ZV € 100,-- 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, Konto-Nr. 0002 224 666 mit dem Vermerk "Zulassungsantrag" bzw. „Bewerbung Zulassung“ überwiesen.

**Checkliste (von der Geschäftsstelle auszufüllen):**

- Auszug Arztregister
- Lebenslauf
- Bescheinigungen über Tätigkeiten nach der Approbation
- Beleg über beantragtes Führungszeugnis Belegart 0
- KV-Bescheinigungen
- Gebühr über Euro 100,--

## 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.kvvhb.de/zulassung/gen.php](http://www.kvvhb.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)