

**Zulassungsausschuss für Ärzte**  
bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
PF 2019  
99401 Weimar

Posteingangsstempel
---------------------

**Antrag zur Beschäftigung eines angestellten Arztes  
im Rahmen des Sonderbedarfs zur vertragsärztlichen Tätigkeit  
gemäß §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie**

**1. Praxisanschrift des anstellenden Vertragsarztes/MVZ:**

Titel, Name, Vorname: .....

Straße, PLZ, Ort: .....

Telefon/Telefax : .....

Fachgebiet/Teilgebiet: .....

**2. Angaben zum angestellten Arzt:**

Titel, Name, Vorname: .....

geb. am: ..... in: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Straße, PLZ, Ort: .....  
(Privatanschrift)

Telefon/Telefax: .....

**Beantragt wird die Anstellung im Rahmen des Sonderbedarfs aufgrund eines:**

- zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs oder
- qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs oder
- Sicherstellungsbedarfs in der Dialyseversorgung gem. Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte

.....  
für das Fachgebiet

.....  
Teilgebiets-/Schwerpunktbezeichnung

Sonstige Bezeichnungen nach Weiterbildungsrecht:

- fakultative Weiterbildung: .....
- besondere Fachkunde: .....
- Zusatzbezeichnungen: .....
- Zusatzweiterbildung: .....

bei Fachärzten Innere Medizin:     hausärztlich                       fachärztlich

**für den Vertragsarztsitz (Ortsangabe ist unbedingt erforderlich):**

.....  
Straße, Nummer

.....  
PLZ, Ort, Ortsteil, Telefon

**zum:** .....  
voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme



#### 4. Die Beschäftigung eines angestellten Arztes

wird beantragt ab ..... für ..... Wochenstunden.

#### 5. Nachbesetzung einer Arztstelle

ja  nein



Bitte Namen des bisher angestellten Arztes angeben: .....,  
dessen Anstellung endet zum: .....

#### 6. Tätigkeitsort des angestellten Arztes, wenn von oben genannter Praxisanschrift abweichend:

.....

**Genehmigung der KV Thüringen** wurde beantragt:  ja  nein  
ist vorhanden:  ja  nein

#### 7. In Berufsausübungsgemeinschaften ist der angestellte Arzt einem Vertragsarzt zuzuordnen.

Angabe des Arztes in Ihrer Berufsausübungsgemeinschaft: .....

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können.

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes / Vertragsarztstempel

.....  
**bei MVZ** Unterschrift des Geschäftsführers / MVZ-Stempel

#### 8. Folgende Unterlagen des anzustellenden Arztes sind dem Antrag beizufügen:

- Bescheinigung über die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten nach der Eintragung in das Arztregister in Form von Anstellungsverträgen oder Zeugnissen
- sofern bei anderer Arztregisterstelle vorgenommen: Auszug über Eintragung in Arztregister mit Tag der 1) Approbation, 2) Anerkennung einer Facharztbezeichnung sowie 3) Arztregistereintragung
- amtliches Führungszeugnis - **Belegart „O“** - (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein und muss zur Verhandlung dem Zulassungsausschuss vorliegen)
- Anstellungsvertrag - schriftlicher Arbeitsvertrag
- sofern durch anstellenden Arzt/MVZ noch nicht erfolgt: Versicherungsbescheinigung hinsichtlich des ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz
- Lebenslauf mit Unterschrift

#### 9. Derzeitige Tätigkeit des anzustellenden Arztes

9.1. Dienst-/Beschäftigungsverhältnis:

als: ..... bei: .....

### 9.2. Zugelassener Vertragsarzt

seit: ..... im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung: .....

für einen vollen Versorgungsauftrag       für einen hälftigen Versorgungsauftrag

Ich beabsichtige, zugunsten dieser Anstellung auf meine Zulassung zu verzichten.

ja       nein

### 9.3. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Arzt

seit: ..... im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung: .....

9.4. Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum: .....  
(Angabe über das frühestmögliche Ende des Beschäftigungsverhältnisses )

oder

Die angegebene Tätigkeit wird fortgeführt mit ..... Wochenstunden.  
(Wurde hier eine Eintragung vorgenommen, bitte Erklärung Seite 5 dieses Antrages zusätzlich ausfüllen)

### 9.5. Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

seit: .....

### Erklärungen des anzustellenden Arztes:

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre war. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und das gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die auch vorläufige Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

Ich erkläre, dass ich ab der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Verfügung stehe.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

### Hinweis:

Wir weisen darauf hin, dass genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen nach § 135 SGB V (Röntgen, Sonografie, Psychosomatik etc.) nur durch den angestellten Arzt erbracht werden können, wenn die Voraussetzungen nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde. Eine Aufstellung aller genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de), Themen A – Z, [Genehmigungspflichtige und zulassungsbeschränkte Leistungen](#). Dies ist auch dann notwendig, wenn dem angestellten Arzt in einer früheren vertragsärztlichen Tätigkeit bereits die Ausführung und Abrechnung von Leistungen durch die KV Thüringen genehmigt wurde.

Für angestellte Ärzte besteht die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen [Bereitschaftsdienst](#).

Nach § 95 d SGB V besteht eine [Fortbildungsverpflichtung](#), die alle fünf Jahre nachzuweisen ist.

Nach § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur Versorgung (Barrierefreiheit) informieren. Ihre Praxisdaten mit Ihrer telefonischen Erreichbarkeit werden somit im Internetauftritt der KV Thüringen ([Arztuche](#)) veröffentlicht.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des anzustellenden Arztes

.....  
Unterschrift Vertragsarzt / MVZ

