

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Erklärung:

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/psychotherapeutischen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die auch vorläufige Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Hinweis:

Mir ist bekannt, dass ich genehmigungspflichtige Leistungen nach § 135 SGB V nur erbringen kann, wenn die Voraussetzungen durch mich nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde, z. B. für Richtlinienverfahren, Gruppentherapien, Entspannungsverfahren. Eine Aufstellung aller genehmigungspflichtiger Leistungen finden Sie unter www.kvt.de, Themen A – Z, [Genehmigungspflichtige und zulassungsbeschränkte Leistungen](#).

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich, zu finden unter www.kvt.de, Themen A – Z, [Berufsausübungsgemeinschaft](#).

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in Praxisgemeinschaft ist bei der KV Thüringen anzeigepflichtig, zu finden unter www.kvt.de, Themen A – Z, [Praxisgemeinschaft](#).

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

Ärztliche Psychotherapeuten sind verpflichtet am ärztlichen [Bereitschaftsdienst](#) teilzunehmen.

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 ([Arztsuche](#)) veröffentlicht.

Zur Kenntnis genommen:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Folgendes Dienst-/Beschäftigungsverhältnis soll neben der Zulassung weitergeführt werden (§ 20 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV):

Ich versichere, dass mein bestehendes Dienst-/Beschäftigungsverhältnis als

mit dem Krankenhaus
Name

dem MVZ
Name

dem Vertragsarzt/der Berufsausübungsgemeinschaft
.....
Name

der Einrichtung
Name

den Umfang von Wochenstunden nicht überschreiten wird.

Der Vertrag zum o. g. Dienst-/Beschäftigungsverhältnis wird nach rechtskräftiger Zulassung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte in der Form angepasst, dass die Vorgaben des Arbeitsrechtes, insbesondere des Arbeitszeitgesetzes, des ärztlichen Berufsrechtes und des Kassenarztrechtes eingehalten werden und damit der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nichts entgegensteht.

Mir ist bekannt, dass ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegensteht, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.

Hinweis:

Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Die vorgenannten Angaben werden bestätigt sowie die Nebentätigkeitsgenehmigung für die darüber hinaus beantragte Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erteilt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers