

**Zulassungsausschuss für Ärzte**  
bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
PF 2019  
99401 Weimar

Posteingangsstempel

**A N T R A G**  
**auf Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit**  
**gemäß §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 18 Ärzte-ZV sowie §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird.

**1. Antragsteller**

.....  
Titel, Name

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Geburtsort (Gemeinde, Land)

.....  
Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Telefon)

**2. Ich beantrage die Sonderbedarfszulassung aufgrund eines**

- zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs oder
- qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs oder
- Sicherstellungsbedarfs in der Dialyseversorgung gem. Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte
- für einen vollen Versorgungsauftrag (1,0)       für einen hälftigen Versorgungsauftrag (0,5)

.....  
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:**

.....  
voraussichtliches Niederlassungsdatum



#### 4. Zulassungsvoraussetzungen:

- Deutsche Approbation  ja .....  
Ausstellungsbehörde, Ausstellungsdatum
- nein
- Arztregister  bereits eingetragen  Eintragung beantragt
- bei der .....  
Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

#### 5. Derzeitige Tätigkeit

- ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

als ..... bei .....

Die angegebene Tätigkeit ist eine

- Vollzeitstelle  Teilzeitstelle mit ..... Stunden

Ich werde das Beschäftigungsverhältnis

- aufgeben zum .....  fortführen mit ..... Wochenstunden  
(Wurde hier eine Eintragung vorgenommen, bitte Seite 5 dieses Antrages zusätzlich ausfüllen)

- als zugelassener Arzt  als ermächtigter Arzt

- im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung .....
- die angegebene Tätigkeit wird beendet zum .....

#### 6. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

- 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
- Versicherungsbescheinigung hinsichtlich des ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz
- tabellarischer Lebenslauf mit Unterschrift

#### 7. Amtliches Führungszeugnis - **Belegart O** - (darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein und muss zur Verhandlung dem Zulassungsausschuss vorliegen)

- wurde beantragt am ..... bei .....

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 b Ärzte-ZV in Höhe von 100,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

**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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

Ich erkläre, dass ich ab der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich im Rahmen des Versorgungsauftrages, der auch die Teilnahme am Notdienst einschließt, zur Verfügung stehe. Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Erteilung der Zulassung auf der Homepage der KV Thüringen unter „Amtliche Bekanntmachungen“ veröffentlicht wird. Mit Veröffentlichung verkürzt sich die Widerspruchsfrist für Dritte auf ein Jahr.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**Hinweis:**

Sollten Sie ambulante Operationen oder ambulante Anästhesien erbringen wollen, bitten wir Sie, dies umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen anzuzeigen und einen auf dem EBM basierenden Leistungskatalog unter Angaben der einzelnen Gebührenpositionen einzureichen.

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

Mir ist bekannt, dass ich genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen nach § 135 SGB V (Röntgen, Sonografie, Psychosomatik etc.) nur erbringen kann, wenn die Voraussetzungen durch mich 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) - Beratungsservice A-Z - Genehmigungspflichtige und zugangsbeschränkte Leistungen.

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in Praxisgemeinschaft ist bei der KV Thüringen anzeigepflichtig.

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

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

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 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