

<b>Antrag auf</b>  <b>Zulassung zur</b> <b>vertragsärztlichen Tätigkeit</b> <b>im Rahmen von Job-Sharing gemäß §</b> <b>101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V</b>	<b>Eingang am:</b>
---	--------------------

als \_\_\_\_\_  
(Facharzt-Bezeichnung)

in \_\_\_\_\_  
(Vertragsarztsitz, Ort, Straße)

in Gemeinschaftspraxis mit: \_\_\_\_\_

Die Aufnahme der Tätigkeit soll erfolgen am: \_\_\_\_\_

**I. Angaben zur Person des Antragstellers / der Antragstellerin:**

Name:
Vorname:
Titel:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
PLZ Wohnort:
Straße:
Telefon für evtl. Rückfragen:

Zur Zeit tätig als \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

---

## II. Bildung einer Gemeinschaftspraxis:

Hiermit beantragen wir die Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis gemäß § 101

Abs. 1 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV mit Wirkung vom \_\_\_\_\_  
(nur zum Quartalsbeginn möglich).

Es wird bestätigt, dass

- eine gemeinschaftliche und gleichberechtigte Berufsausübung der in der Gemeinschaftspraxis zusammengeschlossenen Ärzte gewährleistet ist.
- die Kooperationsvereinbarung keine anstellungsähnliche Vertragsgestaltung enthält.

## III. Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung:

Hiermit verpflichten wir uns zu einer vertragsärztlichen Leistungsbegrenzung in dem vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 (in der jeweils gültigen Fassung) vorgegebenen Rahmen unter weiterer Berücksichtigung der Auflage des Zulassungsausschusses für Ärzte.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## IV. Weitere Angaben zur Person des Antragstellers:

a) Hat die Approbation geruht oder wurde sie entzogen?

nein  ja  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

b) Waren Sie bereits zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen?

nein  ja  in \_\_\_\_\_

Die datenschutzrechtliche Genehmigung zur Veröffentlichung der Zulassung im Saarländischen Ärzteblatt wird erteilt.

ja  nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich zur Zeit als \_\_\_\_\_  
in / im \_\_\_\_\_  
tätig bin, diese Tätigkeit voraussichtlich am \_\_\_\_\_ aufgabe  
oder auf \_\_\_\_\_ Wochenstunden reduziere und anschließend eine  
vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen kann.

Ich erkläre, dass ich nicht ärztlich tätig bin.

---

Unterschrift

## ERKLÄRUNG

**gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV**

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen war, und dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe. Ich erkläre ebenfalls an Eides statt, dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

---

Unterschrift

---

Dem Zulassungsantrag sind gem. § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) folgende Unterlagen (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift) beizufügen:

- Auszug aus dem Arztregister (\*)
- Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten (\*)
- Lebenslauf
- Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Zulassung und Grund der etwaigen Beendigung ergibt
- Erklärung über das derzeitige Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses
- Erklärung des Antragstellers, ob er rauschgiftsüchtig und/oder trunksüchtig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen war und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen

**An weiteren Voraussetzungen sind zu erfüllen:**

- Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses (Belegart O) - ausgestellt zur Vorlage einer Behörde (**wird direkt an den Zulassungsausschuß übersandt**)
  - Antragsgebühr gemäß § 46 Ärzte ZV in Höhe von € 100,00 (Konten: siehe unten)
- (\*) Die Unterlagen sind nicht vorzulegen, wenn die Eintragung im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland erfolgt ist**

<b>Nicht ausfüllen, wegen Vermerk Gebühr:</b>
am _____ bar bezahlt
am _____ überwiesen

Bank 1 Saar	Commerz-Bank AG	Deutsche Apotheker- und Ärztebank	Sparkasse Saarbrücken
IBAN DE27 5919 0000 0000 8520 07	IBAN DE73 5904 0000 0539 8284 00	IBAN DE33 3006 0601 0101 0685 20	IBAN DE24 5905 0101 0000 5605 40
BIC SABADE55	BIC COBADEFF590	BIC DAAEDEDXXX	BIC SAKSDE55XXX