

**Antrag zur Beschäftigung eines/r angestellten Arztes/Ärztin  
in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)  
gemäß § 95 Abs. 1 und 2 SGB V**

an den  
**Zulassungsausschuss für Ärzte**  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland  
Europaallee 7 - 9  
66113 Saarbrücken

|   |       |
|---|-------|
| PLZ/Ort/Ortsteil/<br>Betriebsstätte des MVZ | _____ |
| Straße/Hausnummer                           | _____ |
| Gesellschaftsform                           | _____ |
| Telefon-Nr.                                 | _____ |

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen wir, Herrn/Frau

Name/Titel \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Approbation erteilt am \_\_\_\_\_

der/die über die Anerkennung als \_\_\_\_\_  
(Facharztanerkennung)

verfügt, als angestellte/n Arzt/Ärztin im obengenannten MVZ

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_

beschäftigen zu dürfen.

Der/die angestellte Arzt/Ärztin soll in dem MVZ in folgendem Umfang tätig werden:

Vollbeschäftigung

stundenweise Beschäftigung



Anzahl der Wochenstunden: .....

Anzahl der Wochenstunden: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der anzustellenden  
Arztes/Ärztin

Uns ist bekannt, dass genehmigungspflichtige Leistungen durch den/die angestellte/n Arzt/Ärztin des MVZ nur dann erbracht und abgerechnet werden dürfen, wenn eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland oder der zuständigen Fachkommission vorliegt.

Vom/von der anzustellenden Arzt/Ärztin sind folgende Urkunden/Bescheinigungen/Zeugnisse (Original oder amtlich beglaubigte Abschriften bzw. Kopien) vorzulegen:

- Arztregisterauszug \*)
- Nachweise über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten \*)
- unterschriebener Lebenslauf
- polizeiliches Führungszeugnis - Belegart „O“ – (muss zur Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen)
- Erklärung des/der Arztes/Ärztin, ob er/sie rauschgiftsüchtig ist oder innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen ist, oder sich innerhalb der letzten 5 Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgift unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen sowie Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses gemäß Seite 3 dieses Antrages
- ggf. Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der/die Arzt/Ärztin bisher niedergelassen oder zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben \*)
- Arbeitsvertrag mit dem MVZ

\*) Die Unterlagen sind nicht vorzulegen, wenn die Eintragung im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland erfolgt ist.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der vertretungsberechtigten Gründer/s

# Anlage 1

## **Erklärung des/der anzustellenden Arztes/Ärztin gem. § 18 Abs. 2 d) und e) Ärzte-ZV**

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren nicht war, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Rauschgift oder Trunksucht unterziehen musste und keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines ärztlichen Berufes entgegenstehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in folgenden Dienst- oder Beschäftigungsverhältnissen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diese Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse werde ich zum \_\_\_\_\_ beenden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Diese Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse werden mit einer Wochenstundenzahl von \_\_\_\_\_ weitergeführt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Gebühren

Für den Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes wird gemäß § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV folgende Gebühr erhoben:

- 1 c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der/die Arzt/Ärztin, **€ 120,00**  
das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige  
ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlussfassung  
des Zulassungsausschusses anstrebt
- 

Gemäß § 38 der Zulassungsverordnung für Ärzte wird über gebührenpflichtige Anträge erst **nach** Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Geht der Nachweis über die Entrichtung der Gebühr nicht **vor** der Sitzung des Zulassungsausschusses bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses ein, gilt der Antrag als zurückgenommen.

### Hinweis:

Bei mehreren in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzten wird die Gebühr von € 120,00 jeweils *pro Arzt/Ärztin* fällig.

**Zahlen Sie diese Gebühren bitte auf eines der folgenden Konten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland mit dem Verwendungszweck „Anstellung MVZ“ ein:**

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