

Vorulegen beim

Zulassungsausschuss für Ärzte, Europaallee 7 - 9, 66113 Saarbrücken

<b>Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 31 a Ärzte-ZV i.V. mit § 116 SGB V</b>	<u>Eingang am:</u>  
---	----------------------------

Name:
Vorname:
Titel:
Gebietsbezeichnung:
Ort und Träger des Krankenhauses:
Umfang der beantragten Ermächtigung (siehe unter 3.)

### 1. Angaben zur Person

Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Staatsangehörigkeit:	

### 2. Ausbildungsdaten und ärztliche Tätigkeit

	Datum und Ort:
Staatsexamen	
Approbation	
Promotion	
Facharztanerkennung als	

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



**4. Sonstige Angaben:**

4.1 Die Eintragung in das Arztregister ist erfolgt bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_ unter der Eintragsnummer \_\_\_\_\_ .

4.2 Die Approbation ruht seit dem \_\_\_\_\_ bzw. wurde mir entzogen am/durch

\_\_\_\_\_  
Grund:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.3 Berufsgerichtliche, gerichtliche und sonstige Strafen (genaue Angabe mit Grund):

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

**5. Erklärung:**

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.

**6. Antragsgebühr:**

Die Antragsgebühr gemäß § 46 Abs. 1 c der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in Höhe von **€ 120,00**

habe ich am \_\_\_\_\_ überwiesen.

werde ich am \_\_\_\_\_ überweisen.

**Bankverbindungen**

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

**Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.**

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Gemäß § 31 a Abs. 2 Ärzte-ZV sind dem Antrag folgende Unterlagen beizufügen:

1. Approbationsurkunde
2. Ärztliche Prüfung (Staatsexamen)
3. Promotionsurkunde
4. Anerkennung als Gebietsarzt, Schwerpunktbezeichnungen
5. Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers gem. § 116 SGB V
6. Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes gemäß § 95e SGB V ergibt.

**Zu beachten:**

**Die Vorlage der Unterlagen zu 1 bis 4 entfällt, sofern der Antragsteller in das Arztregister der KV Saarland eingetragen ist.**

### **Hinweise zum Datenschutz**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Saarland und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link <http://www.kvsaarland.de/datenschutz>.