

**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/ 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 Aner-
kennung 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:

Beschäftigung in Vollzeit

Anzahl der Wochenstunden:

Beschäftigung in Teilzeit

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.

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der vertretungsberechtigten Gründer/s

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>.

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

- Arztregisterauszug *)
- Nachweise über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten *)
- unterschriebener Lebenslauf
- Polizeiliches Führungszeugnis der Belegart „O“ (Zur Vorlage bei einer Behörde)
Empfänger: Zulassungsausschuss für Ärzte, Europaallee 7-9, 66113 Saarbrücken

Hinweis: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie müssen ein „erweitertes Führungszeugnis“ nach § 30a Bundeszentralregistergesetz vorlegen. Es handelt sich bei diesem Antragsformular um eine schriftliche Aufforderung i. S. v. § 30a Abs. 2 BZRG, mit der der Zulassungsausschuss bestätigt, dass die Voraussetzungen des § 30a Abs. 1 BZRG für die genannten Arztgruppen vorliegen.

Das Führungszeugnis darf zum Zeitpunkt der Entscheidung durch den Zulassungsausschuss nicht älter als sechs Monate sein.

- Erklärungen des/der/ anzustellenden Arztes/Ärztin gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 und Nr. 5 Ärzte-ZV
- 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
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes gemäß § 95e SGB V ergibt

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

Anlage 1

Erklärung des/der/ anzustellenden Arztes/Ärztin gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 und Nr. 5 Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren nicht war, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit 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 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