

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

<b>Eingang ZA:</b>
--------------------

<b>Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit</b>
--

- mit vollem Versorgungsauftrag
- mit Beschränkung auf einen dreiviertel Versorgungsauftrag
- mit Beschränkung auf einen halben Versorgungsauftrag
- mit Beschränkung auf ein (weiteres) Viertel eines Versorgungsauftrages

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

für den Vertragsarztsitz in: \_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, ggf. Ortsteil, Straße, Haus-Nr.)

zur Übernahme der Vertragsarztpraxis von: \_\_\_\_\_ .

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

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

<b>Anrede/Titel/Name/Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum/Geburtsort:</b>	
<b>PLZ / Wohnort:</b>	
<b>Straße / Haus-Nr.:</b>	
<b>Telefon (für Rückfragen):</b>	
<b>E-Mail (für Rückfragen):</b>	

**Weitere Angaben:**

a) Hat die Approbation geruht oder wurde sie entzogen?

nein  ja

wenn ja, von - bis \_\_\_\_\_

wegen: \_\_\_\_\_

b) Waren Sie bereits zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen?

nein  ja

wenn ja, von - bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

ggf. Beendigung wegen: \_\_\_\_\_

c) Ist die Ausübung der Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis vorgesehen?

nein  ja

wenn ja, mit wem: \_\_\_\_\_

➔ In diesem Fall ist auch der Gemeinschaftspraxisvertrag vorzulegen.

d) Bemerkungen / Anmerkungen:

---

---

**Ich versichere die Richtigkeit vorstehender Angaben.**

---

**Ort / Datum**

---

**Unterschrift**

**ERKLÄRUNG**  
gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV

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 Fotokopie) 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
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes gemäß § 95e SGB V ergibt

**An weiteren Voraussetzungen sind zu erfüllen:**

- Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses 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.**

- 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.**

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

## **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>.