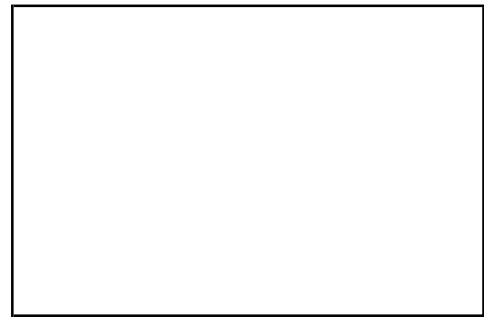


Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut nach Umwandlung einer Anstellung

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Vertragspsychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) verstanden.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Antragstellers

(ggf. Titel) Vorname Name

Name des ehemaligen Arbeitgebers

(ggf. Titel) Vorname Name/Berufsausübungsgemeinschaft/Medizinisches Versorgungszentrum

Angaben zur Zulassung

Die Zulassung wird beantragt als:

- Facharzt für: (Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt werden soll)

- ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Facharzt
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
 Psychologischer Psychotherapeut

Bei einer **psychotherapeutischen Tätigkeit (auch als Facharzt)** bitte das Therapieverfahren angeben:

- analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie
 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie systemische Therapie

Als **Internist** machen Sie bitte folgende Angaben:

- Teilnahme an der **fachärztlichen Versorgung**
 Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung** (ein Schwerpunkt darf nicht geführt werden)

Als **Kinder- und Jugendarzt** machen Sie bitte folgende Angaben:

- Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung**
- Teilnahme an der **haus- und fachärztlichen Versorgung**
(nur für Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunktbezeichnung zulässig)
- Teilnahme an der **haus- und partielle Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung**
(nur für Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzbezeichnung zulässig)

Den Antrag "Antrag auf Genehmigung zur partiellen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung" finden Sie unter dem Stichwort "Partielle Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung" unter www.kvhh.net.

hier ggf. Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung
--

In welchem Umfang beantragen Sie die Zulassung?

- voller** Versorgungsauftrag
- hälftiger** Versorgungsauftrag
- dreiviertel** Versorgungsauftrag

Die Zulassung wird beantragt ab:

		.		.				
--	--	---	--	---	--	--	--	--

Angaben zum geplanten Vertragsarztsitz:

Praxisadresse	PLZ	Ort
		Hamburg

Ist eine gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit (Berufsausübungsgemeinschaft) geplant?

- nein
- ja, mit folgenden Ärzten:

--

Dem im Original einzureichenden Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Die Unterlagen verbleiben bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ➔ Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses nach Belegart "O" zur Vorlage bei einer Behörde
Hinweis: Für den Antrag kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde anerkannt werden, wobei die Ausstellung nicht länger als drei Monate vor der Antragstellung liegen darf. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher dringend, bei dem für Sie zuständigen Einwohnermeldeamt den Antrag auf Erteilung eines Führungszeugnisses zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Ärzte - Hamburg - unter Angabe der Anschrift "Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg" und des Verwendungszwecks "Zulassung" zu stellen.
- ➔ Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seiten 4 und 5)
- ➔ Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen (Seite 5)
- ➔ ggf. Antrag auf Genehmigung bzw. Fortführung einer Berufsausübungsgemeinschaft
Den Antrag "Genehmigung bzw. Fortführung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)" finden Sie unter dem Stichwort "Berufsausübungsgemeinschaft" unter www.kvhh.net.
- ➔ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes im Sinne des § 95e SGB V ergibt
Bitte nehmen Sie Kontakt mit Ihrem Versicherer auf.

Persönliche Daten des Antragstellers

Familienname

Vorname(n)

Privatanschrift

ggf. Titel

Geburtsdatum

		.		.		
--	--	---	--	---	--	--

Staatsangehörigkeit

Telefon privat

E-Mail privat

Geburtsname

Rufname(n)

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--	--

Geburtsort

Geschlecht

M W D

Mobiltelefon

Fax privat

Besteht eine Schwerbehinderung?

nein

ja → Falls ja, von welcher Stelle ist die Schwerbehinderung anerkannt?

Hinweis: Eine Kopie des Bescheides ist dem Antrag beizufügen.

Gebühren

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **100,00 €** gem. § 46 Abs. 1 lit. b Ärzte-ZV erhoben, die mit der Stellung des Antrags fällig wird. Bitte überweisen Sie diese auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "Zulassung für (ggf. Titel) VORNAME NAME"

Bitte beachten Sie: Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die nach unanfechtbar gewordener Zulassung fällige, an den Zulassungsausschuss zu zahlende Gebühr in Höhe von 400,00 € von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht wird.

Hinweis: Nach unanfechtbar gewordener Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhoben, § 46 Abs. 2 lit. a, Abs. 3 lit. b Ärzte-ZV.

Ort und Datum

Unterschrift

Empfehlung: Sie haben die Möglichkeit, sich bei der Abteilung Mitgliederservice und Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zu den Konsequenzen dieses Antrags bezüglich der Honorarabrechnung beraten zu lassen.

Die Arbeitszeit im Rahmen des bestehenden Dienst- / Beschäftigungsverhältnisses / der selbstständigen oder freiberuflichen Tätigkeiten wird dann wie folgt erbracht:

	Vormittags		Nachmittags	
	von	bis	von	bis
Mo				
Di				
Mi				
Do				
Fr				
Sa				
So				

Ich versichere die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift

Vorgeschriebene Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV

(ggf. Titel) Vorname Name

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ort und Datum

Unterschrift

In Ergänzung zu dem von mir am _____ (Datum) beantragten Führungszeugnis erkläre ich hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein Ermittlungs-, Straf- und / oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort und Datum

Unterschrift