



ZA Zulassungsausschuss für
Ärzte und Psychotherapeuten
Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Antrag auf Ruhen der Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung

Erstantrag auf Ruhen

Antrag auf Verlängerung des bisherigen Ruhens

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei Antragstellung für einen angestellten Arzt/Therapeut ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt/Therapeuten der MVZ-Vertretungsberechtigte)

BSNR Titel

Name, Vorname

Facharztbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragsarztsitzes

E-Mail

Telefon

Ich bin für das MVZ

Name des MVZ

unter der ärztl. Leitung von
vertretungsberechtigt *Name des ärztlichen Leiters*

Ich bin zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut

Ich bin ermächtigter Arzt/Therapeut am Krankenhaus
Name des Krankenhauses

Die Antragstellung erfolgt

für den o.g. Antragsteller persönlich oder

im Falle einer Anstellung beim Antragsteller oder im Falle einer Tätigkeit in einem MVZ für den folgenden beim Antragsteller angestellten oder im MVZ tätigen Arzt/Therapeuten:

Titel
 Name, Vorname

Facharztbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung
 Angestellter Arzt/Therapeut bei o.g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft bzw. MVZ
 Vertragsarzt/-psychotherapeut im o.g. MVZ

2. Beantragung

Beantragt wird das Ruhen im Umfang eines:
 viertel Versorgungsauftrages
 häftigen Versorgungsauftrages
 dreiviertel Versorgungsauftrages
 vollen Versorgungsauftrages

Zeitraum des Ruhens: vom bis
tt.mm.jjjj *tt.mm.jjjj*

ACHTUNG: Das Ruhen kann frühestens ab dem Tag nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses genehmigt werden.

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> Erziehung eines Kindes	Geburtsurkunde Kind
<input type="checkbox"/> Mutterschutz/Erziehungszeit	Ärztliche Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Erkrankung oder gesundheitliche Beeinträchtigung	Ärztliche Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Weiterbildung	Bestätigung Weiterbildungsstätte
<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund	entsprechender Nachweis

Geplante Sprechzeiten während des häftigen Ruhens

	vormittags		nachmittags	
Montag	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
Dienstag	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
Mittwoch	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
Donnerstag	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
Freitag	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
Samstag	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>


und nach Vereinbarung

3. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV in Höhe von 120 Euro zu entrichten. Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe von Rechnungsnummer und Verwendungszweck. Beachten Sie bitte, dass eine Antragsbearbeitung erst erfolgt, wenn alle erforderlichen Unterlagen (siehe Checkliste) vollständig vorliegen und die Antragsgebühr entrichtet wurde.**

Bitte beachten Sie ferner, dass die Genehmigung frühestens am nächsten Tag nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses erteilt werden kann.

Ich (Antragsteller) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.


Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten **Nachweise als Original oder amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beizulegen.

4. Korrespondenz

Die künftige Korrespondenz soll ausschließlich

- über die Anschrift meiner **Praxis**
- über die **private** Anschrift erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut bzw.
MVZ-Vertretungsberechtigter 

Stempel Antragsteller

Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit 

- Nachweise bzgl. Grund der Antragstellung (z.B. Geburtsurkunde, ärztliche Bescheinigung, Bestätigung über die Weiterbildung)

beigefügt

Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V i.V.m. den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften bearbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie im Internetangebot der KVMV: www.kvmv.de.