

## Antrag auf Zulassung oder Teilzulassung zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung

### 1. Allgemeine Angaben – Antragsteller

LANR	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdag	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
<input type="text"/>			
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung</i>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>		
<input type="text"/>			
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung</i>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>		
<input type="radio"/> ich war in den letzten 5 Jahren vor Beginn meiner hier beantragten neuen vertragsärztlichen Tätigkeit bis zum <input type="text"/> ( <i>Datum Ende Vortätigkeit</i> ) in Mecklenburg-Vorpommern zugelassen oder angestellt. ( <i>keine Assistententätigkeit oder persönliche Ermächtigung</i> )			

### 2. Beantragung

Beantragt wird die

- |  |
|--|
| <input type="radio"/> <b>Zulassung</b> zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung mit <b>vollem Versorgungsauftrag</b> |
| <input type="radio"/> <b>Teilzulassung</b> zur vertragsärztlichen Versorgung mit <b>häufigem Versorgungsauftrag</b>                  |

als

<input type="radio"/> <b>ARZT</b>
<input type="text"/>
<i>Facharztbezeichnung</i>
<input type="text"/>
<i>Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung</i>

**Nur bei Internisten**, die über **keinen Schwerpunkt** verfügen oder auf das Führen eines Schwerpunkts verzichten:

- Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung
- Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung

- PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT**  
**und/oder**
- KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT**

im nachfolgenden Richtlinienverfahren:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

### Vertragsarztsitz

.....  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragsarztsitzes

.....  
E-Mail

.....  
Telefon/Fax

Die Praxis wird geführt als

- Einzelpraxis,
- örtliche/überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (gesondertes Antragsformular) mit folgenden Partnern:

.....  
Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

.....  
Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

.....  
Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

.....  
Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

.....  
Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

.....  
Titel, Vorname, Name, Praxissitz des BAG-Partners

### oder

- Praxisgemeinschaft mit folgenden Partnern:

.....  
Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Der Vertragsarztsitz befindet sich in/an einer Klinik

nein

ja, Name der Klinik

Die Praxis ist barrierefrei nach der DIN-Norm 18040-1:  ja  teilweise  nein

**Voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme:**  tt.mm.jjjj

**Bei Praxisübernahme:**

Titel, Vorname, Name des bisherigen Praxisinhabers

**Bei folgendem Zulassungsausschuss habe ich ebenfalls einen Antrag auf Zulassung eingereicht:**

Zulassungsausschuss , im Bezirk der KV

Zulassungsausschuss , im Bezirk der KV

Zulassungsausschuss , im Bezirk der KV

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

Tabellarischer **Lebenslauf** (zusätzlich zur Anlage)

**Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnisses** der Belegart O (**Behördenführungszeugnis**), das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Zulassungssitzung nicht älter als 3 Monate sein darf.

Falls Sie das Führungszeugnis vor Weiterleitung an den Zulassungsausschuss bei einem Amtsgericht einzusehen möchten, müssen Sie dies bei Ihrer Gemeinde beantragen.

Polizeiliches Führungszeugnis beantragt

am  bei

tt.mm.jj

Behörde

**Nur für Ärzte/Psychotherapeuten, die im Arztregister einer anderen Landes-KV eingetragen sind:** aktueller Auszug aus dem Arztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen.

**Nur, falls der zuzulassende Arzt/Psychotherapeut außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns bereits niedergelassen oder zugelassen war:** Bescheinigungen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.

### 3. Zulassungsvoraussetzungen

#### Arztregister

- Bereits eingetragen im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung
- Eintragung beantragt bei der Kassenärztlichen Vereinigung

#### Derzeitige Tätigkeit

- Ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

als  bei

- Die angegebene Tätigkeit wird reduziert auf  Std./Woche
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum  tt.mm.jjjj
- Zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut oder  ermächtigter Arzt/Psychotherapeut im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum  tt.mm.jjjj

### 4. Weitere Tätigkeiten neben der beantragten Zulassung

- Kein** weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- Keine** weitere vertragsärztliche Tätigkeit
- Folgende weitere vertragsärztliche Tätigkeit – z.B. Tätigkeit als angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder MVZ, als ermächtigter Arzt, Tätigkeit in einer Filiale, Mitwirkung in einer Berufsausübungsgemeinschaft

1. als  bei

mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):

**Stundenzahl**

2. als  bei

mit folgender Betriebsstättennummer (BSNR):

**Stundenzahl**

- folgende weitere Tätigkeit als angestellter Arzt z.B. in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung

als  bei

zeitlicher Umfang in **Wochenstunden**

## 5. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV in Höhe von 100 Euro zu entrichten. Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten bzw. 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 nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**


**Ich erkläre** hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

**Ich erkläre**, dass ich ab Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeuten Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich in erforderlichem Maße zur Verfügung stehe.

Nur bei Antrag auf Teilzulassung:

**Ich erkläre** hiermit, dass ich meinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit beschränke (Teilzulassung).

**Ich (Antragsteller) bestätige**, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigegeführten 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.

**Bitte beachten Sie, dass Sie alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen,**

- **an dem Sie die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung (Zulassung) durch den Zulassungsausschuss erhalten haben und**
- **an dem Ihnen für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KVMV zugegangen ist.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller

**Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit **

	<i>beigefügt</i>
• Tabellarischer Lebenslauf	<input type="radio"/>
• Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines Polizeilichen Führungszeugnis der Belegart O, das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht (Behördenführungszeugnis)	<input type="radio"/>
• Für Antragsteller, die im Arztregister einer anderen Landes-KV eingetragen sind: aktueller Auszug aus Arztregister	<input type="radio"/>
• Falls der Antragsteller außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns bereits niedergelassen oder zugelassen war: Bescheinigungen der entsprechenden KV, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben	<input type="radio"/>
• Tabellarische Auflistung über die bisherigen ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten mit entsprechenden Bescheinigungen (Anlage)	<input type="radio"/>

 **Anlage****zum Antrag auf Zulassung oder Teilzulassung zur vertragsärztlichen/  
-psychotherapeutischen Versorgung**

Lückenlose Aufstellung über die ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten nach dem Zeitpunkt der Eintragung in das Arztregister **in zeitlicher Reihenfolge**.  
Zum Nachweis der Tätigkeiten bitte Bescheinigungen/Zeugnisse der entsprechenden Einrichtungen beifügen.

von <i>tt.mm.jj</i>	bis <i>tt.mm.jj</i>	Stellung/Funktion	Krankenhaus, Vertragsarzt o.ä.	Ort



## Zulassungsantrag – Anhang – Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

### Zu 2. – „Beantragung“

- Die Teilzulassung wird in der Bedarfsplanung, dem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechend, mit dem Anrechnungsfaktor 0,5 angerechnet. Sie kann nur dann zu einer Vollzulassung erweitert werden, wenn beim Zulassungsausschuss ein Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages gestellt wird und die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen vorliegen. Die Aufhebung der Beschränkung müsste insbesondere dann abgelehnt werden, wenn Zulassungsbeschränkungen bestehen.
- Der zeitliche Umfang, welcher dem hälftigen Versorgungsauftrag der Teilzulassung entspricht, beträgt mindestens 10 Wochenstunden (§17 Abs. 1a BMV-Ä).
- Bitte beachten Sie, dass der Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes **entsprechend seines Versorgungsauftrages** vorsieht (§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V).
- § 19 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:  
Wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, endet die Zulassung.
- Internisten mit Schwerpunktbezeichnung nehmen automatisch an der fachärztlichen Versorgung teil. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung nehmen ebenfalls grundsätzlich an der fachärztlichen Versorgung teil; sofern sie jedoch die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung wählen, nehmen sie ausschließlich an der hausärztlichen Versorgung teil. Ein Wechsel in die haus- oder fachärztliche Versorgung ist nur zulässig, wenn für den betreffenden Versorgungsbereich keine Zulassungssperre angeordnet ist.

### Zu 4. – „Weitere Tätigkeiten neben der beantragten Zulassung“

Art und Zeitdauer einer weiteren ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit können unter Umständen der Ausübung der beantragten vertragsärztlichen Tätigkeit entgegenstehen.

Für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten neben einer vertragsärztlichen Tätigkeit kommt es maßgeblich darauf an, dass der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.

Art und Zeitdauer eines weiteren Beschäftigungsverhältnisses oder einer zusätzlich ausgeübten nicht ehrenamtlichen Tätigkeit können unter Umständen der Ausübung der beantragten vertragsärztlichen Tätigkeit entgegenstehen.

Ein Beschäftigungsverhältnis o. eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit dürfen neben der Zulassung nur ausgeübt werden, wenn Sie den Versicherten in dem Ihrem vollem bzw. hälftigen Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang weiterhin persönlich zur Verfügung zu stehen u. insbesondere Sprechstunden zu den in der vertragsärztl. Versorgung üblichen Zeiten anbieten.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass eine weitere ärztliche Tätigkeit ihrem Wesen nach mit Ihrer Tätigkeit als Vertragsarzt an Ihrem Vertragsarztsitz vereinbar sein muss.