



**ZA** Zulassungsausschuss für  
Ärzte und Psychotherapeuten  
Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Str. 22  
19057 Schwerin

## Erklärung der Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte (Teilzulassung)

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Erklärender</b>	
Titel	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<i>Facharztbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung</i>	
<input type="text"/>	
<i>Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung</i>	
<input type="text"/>	
<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des <b>Vertragsarztsitzes</b></i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>

### 2. Erklärung

Ab dem <input type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i> wird der Versorgungsauftrag nach § 19 a Abs. 2 Ärzte-ZV im Umfang eines <input type="checkbox"/> viertel Versorgungsauftrages auf einen dreiviertel Versorgungsauftrag
<input type="checkbox"/> viertel Versorgungsauftrages auf einen hälftigen Versorgungsauftrag
<input type="checkbox"/> hälftigen Versorgungsauftrages auf einen hälftigen Versorgungsauftrag
beschränkt.

### 3. Künftige vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit

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"/>
<input type="checkbox"/> <b>und nach Vereinbarung</b>				

### 4. Nebentätigkeit

**Kein** weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis  
 **Keine** weitere vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit

Folgende weitere vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit – z.B. Tätigkeit als angestellter Arzt/Psychotherapeut bei Vertragsarzt/-psychotherapeut oder MVZ, als ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, 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**

### 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 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 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 (Erklärender) bestätige, dass ich den Inhalt der Erklärung 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 dieser Erklärung.

#### 4. Korrespondenz

Die künftige Korrespondenz soll ausschließlich

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

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut 

Stempel Erklärender

## **Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte** **– Anhang –**

### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

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

- Die Teilzulassung wird in der Bedarfsplanung, dem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechend, mit dem Anrechnungsfaktor 0,5 und dem dreiviertel Versorgungsauftrag entsprechend, mit dem Anrechnungsfaktor 0,75 angerechnet. Eine spätere Rückkehr zur Vollzulassung setzt einen schriftlichen Antrag an den Zulassungsausschuss voraus und ist nur möglich, wenn die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen vorliegen.

**Eine Rückkehr zur Vollzulassung müsste insbesondere dann abgelehnt werden, wenn Zulassungsbeschränkungen bestehen.**

- Gemäß § 17 Abs. 1 a S. 4 BMV-Ä gelten bei einem reduzierten Versorgungsauftrag die Sprechstundenzeiten nach Satz 1 und 3 jeweils anteilig.
- Bitte beachten Sie, dass der Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes **entsprechend seines Versorgungsauftrags** vorsieht (§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V).

#### **Zu 4. – „Nebentätigkeit“**

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 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.

#### **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](http://www.kvmv.de).