Antrag auf Genehmigung einer Vertretung

aufgrund von Erziehungszeiten (über 12 Monate hinaus)

O **Neuantrag** O **Verlängerungsantrag** O **Änderungsantrag**

1. Angaben Antragsteller

(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

BSNR ..... LANR .....

Titel, Name, Vorname: .....

Fachgebiet/ ggf. Spezialisierung: .....

O zugelassen O angestellt bei .....

anstellende Praxis/MVZ/BAG

Tätigkeitsort: .....

(Straße, PLZ, Ort)

bei Vertragsärztinnen (genehmigungsfreier 12-Monatszeitraum)**:**

bisher vertreten durch	Fachgebiet	von ..... bis.....

2. Angaben Vertreter

Titel, Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Fachgebiet/ ggf. Spezialisierung: .....

aktuelle berufliche Tätigkeit: .....

Wohnort: .....

(Straße, PLZ, Ort)

Telefonnummer : .....

E-Mail-Adresse: .....

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Antragsformular das generische Maskulinum verwendet. Die in diesem Formular verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

Der beantragte Vertreter soll folgendem Arzt zugeordnet werden:

O dem Antragsteller persönlich *oder*

O dem folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt

3. Angaben zum Zeitraum

von: bis:

Wiederaufnahme der Tätigkeit geplant ab:

4. Dem Antrag sind folgende Unterlagen/ Nachweise in Kopie beizufügen

vom Vertreter:

- Arztregisterauszug oder Approbations- und Facharzturkunde in Kopie (falls nicht vorhanden)

vom Antragsteller:

- Anstellungsvertrag für den Vertretungszeitraum
- Geburtsurkunde(n) des Kindes/ der Kinder

Ort, Datum

*Unterschrift und Stempel Vertragsarzt**

*Unterschrift Arbeitgeber / Vertretungsberechtigter**

* ***Ist der Antragsteller angestellter Arzt in einer Praxis oder in einem MVZ, dann muss auch der Praxisinhaber bzw. ein Vertreter diesen Antrag unterzeichnen. Die Vertretungsberechtigung ist durch eine Vollmacht nachzuweisen.***

Wichtige zusätzliche Hinweise:

Lt. § 32 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) darf sich eine Vertragsärztin bei Fehlzeiten im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von 12 Monaten vertreten lassen. Darüber hinaus kann mit vorheriger Genehmigung des Vorstandes eine Vertretung während der Erziehungszeiten minderjähriger Kinder bis zu einer Dauer von 36 Monaten erfolgen. Die Dauer der Beschäftigung ist grundsätzlich zu befristen.

Qualifikation des Vertreters
Die Genehmigung eines Vertreters setzt voraus, dass dieser die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) über die Eintragungsfähigkeit ins Arztregister verfügt (Besitz der deutschen Approbation und Facharztanerkennung) und dass zwischen dem Vertreter und dem Vertragsarzt Fachgebietsidentität gegeben ist.

Entziehungsgründe in der Person des Vertreters
Nach § 32 Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV kann die Genehmigung widerrufen werden – und ist somit gar nicht erst zu erteilen – wenn in der Person des Vertreters Gründe liegen, die beim Vertragsarzt zur Entziehung der Zulassung führen können. Dies sind z.B. die in § 21 Ärzte-ZV aufgeführten Gründe (Drogenabhängigkeit oder Trunksucht etc.).

Keine Vergrößerung der Praxis bzw. übergroßer Praxisumfang
Nach § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV darf die Beschäftigung des Vertreters nicht zur Veränderung bzw. Vergrößerung des Leistungsspektrums führen. Wird eine erhebliche Vergrößerung des Leistungsumfangs festgestellt, kann die Genehmigung widerrufen werden.

Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen durch Vertreter
Wegen des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung (§ 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV) dürfen Vertreter grundsätzlich nur diejenigen Leistungen erbringen, zu deren Durchführung der anstellende bzw. zu vertretende Vertragsarzt selbst berechtigt ist. Eine selbständige Durchführung genehmigungspflichtiger Leistungen durch Vertreter ist nur dann möglich, wenn diese ebenfalls über eine entsprechende Qualifikation verfügen.

Rücksendung des Antrages per
Fax 0385- 7431453
E-Mail sicherstellung@kvmv.de

oder **postalisch** an:
Kassenärztliche Vereinigung M-V
Abteilung Sicherstellung
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin

Bitte denken Sie daran, dem Antrag alle erforderlichen Nachweise in Kopie beizufügen.