

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

Praxisstempel

Anzeige der Arbeitszeiterhöhung von einem bereits angestellten Arzt/Psychotherapeuten innerhalb des Faktors

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.kvh.net/de/praxis/recht-verträge/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 / Medizinisches Versorgungszentrum

Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft

Hinweis: Es sind alle BAG-Partner anzugeben. Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

1. (ggf. Titel) Vorname Name

2. (ggf. Titel) Vorname Name

3. (ggf. Titel) Vorname Name

Daten des Anzustellenden

(ggf. Titel) Vorname Name

Die Arbeitszeiterhöhung wird angezeigt zum:

.	.						

In welchem Umfang soll der Angestellte zukünftig tätig werden?

Stunden / Woche (zukünftig)

bisher genehmigte Stunden/Woche

Hinweis: Eine detaillierte Übersicht über Arbeitszeiten und die entsprechenden Anrechnungsfaktoren finden Sie auf dem Informationsblatt zur Anstellung eines Arztes. Das Informationsblatt "Anstellung eines Arztes in Fachgebieten für die Zulassungsbeschränkungen bestehen" finden Sie unter dem Stichwort "Anstellung" unter www.kvh.net.

Der Anzeige werden folgende Unterlagen des Anstellenden beigefügt:

- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seiten 3 und 4)
- Arbeitsvertrag, aus dem Arbeitsort und Arbeitszeit der vertragsärztlichen Tätigkeit hervorgehen; ggf. Nachträge

Erklärung

Ich/Wir versicher/n die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT meiner/unserer Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde/n ich/wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Hinweis: Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

Ort und Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

 **Die folgenden Punkte lassen Sie bitte von Ihrem angestellten Arzt ausfüllen und unterschreiben.**

Erklärung / Angaben des Angestellten über BESTEHENDE Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse / selbstständige oder freiberufliche Tätigkeiten

Hinweis: Reichen Sie für jedes Ihrer Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse eine separate Erklärung ein. Bitte kopieren Sie bei Bedarf diese und die folgende Seite.

Hinweis: Sofern es sich um eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung handelt, darf die Summe der bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktoren nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie einen Faktor von insgesamt 1,0 nicht überschreiten. Vor Erhöhung dieser vertragsärztlichen Tätigkeit ist deshalb ggf. eine Beendigung bzw. Reduzierung der weiteren vertragsärztlichen Tätigkeiten erforderlich (Rechtsprechung des Bundessozialgerichts).

(ggf. Titel) Vorname Name

Ich erkläre hiermit, dass

- keine weiteren Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen
- keine weiteren selbstständigen / freiberuflichen Tätigkeiten ausgeübt werden
- folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen
- folgende selbstständige / freiberufliche Tätigkeiten ausgeübt werden

Arbeitgeber

Anschrift

Tätigkeit als

Stunden/Woche

Dabei handelt es sich um:

- eine Anstellung: → im MVZ / beim Arzt / in einer BAG
- im Krankenhaus
- eine selbstständige / freiberufliche Tätigkeit

Erklärung / Angaben des Angestellten (nach Genehmigung der Arbeitszeiterhöhung)

Sind Sie bereit, nach Genehmigung der Arbeitszeiterhöhung das zur Zeit bestehende Dienst- / Beschäftigungsverhältnis aufzugeben?

- nein
- ja und zwar zum . . .
- ja und zwar spätestens 3 Monate nach Bestandskraft des Beschlusses

oder

Nach Genehmigung der Arbeitszeiterhöhung:

- werde ich die Arbeitszeit des bestehenden Dienst- / Beschäftigungsverhältnisses spätestens 3 Monate nach Bestandskraft des Beschlusses auf _____ Stunden / Woche reduzieren.
- werde ich die Arbeitszeit des bestehenden Dienst- / Beschäftigungsverhältnisses auf _____ Stunden / Woche zum _____ (Datum) reduzieren.

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				

Erklärung

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 des Angestellten