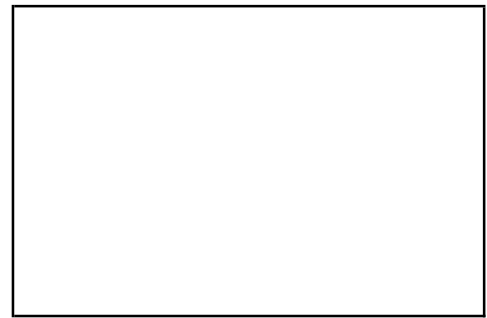


Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



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.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/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.kvhh.net](http://www.kvhh.net).

**Der Anzeige werden folgende Unterlagen des Anzustellenden beigelegt:**

- ➔ 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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben



**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).

--

☐ 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

--

--

--

\_\_\_\_\_

☐ eine Anstellung:      ➔      ☐ im MVZ / beim Arzt / in einer BAG  
                                              ☐ im Krankenhaus

☐ eine selbstständige / freiberufliche Tätigkeit

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

☐ ja und zwar zum 

	.		.		
--	---	--	---	--	--

## oder

☐ 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