

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

Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Vertragspsychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten) 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 (Vertragsarzt)

(ggf. Titel) Vorname Name

--

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt) wird die Zulassung beantragt? (nähere Angaben S. 5)

--

- ☐ im nicht gesperrten Fachgebiet
- ☐ im Rahmen einer **(partiellen) Aufhebung** von Zulassungsbeschränkungen
- ☐ im Rahmen des **Jobsharings** gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (nur zum Quartalsbeginn!)

bitte geben Sie den Jobsharing-Seniorpartner an:

(ggf. Titel) Vorname Name

--

- ☐ im Rahmen des **Praxisnachfolgeverfahrens** von

(ggf. Titel) Vorname Name

Kennziffer im Hamburger Ärzteblatt

	/
--	---

Die Zulassung wird beantragt ab:

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

Angaben zum geplanten Vertragsarztsitz

Praxisadresse

PLZ

Ort

						Hamburg
--	--	--	--	--	--	---------

Ist eine gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit (Berufsausübungsgemeinschaft) geplant?

- ☐ nein
- ☐ ja, mit folgenden Ärzten:

Hinweis: Bei Jobsharing muss zwingend eine Berufsausübungsgemeinschaft gegründet werden.

In welchem Umfang beantragen Sie die Zulassung als Vertragsarzt?

- ☐ mit **viertel** Versorgungsauftrag
(Erweiterung eines hälftigen Versorgungsauftrages auf einen dreiviertel Versorgungsauftrag)
- ☐ mit **viertel** Versorgungsauftrag
(Erweiterung eines dreiviertel Versorgungsauftrages auf einen vollen Versorgungsauftrag)
- ☐ mit **hälftigem** Versorgungsauftrag
- ☐ mit **dreiviertel** Versorgungsauftrag
- ☐ mit **vollem** Versorgungsauftrag

Hinweis: Auf einen ausgeschriebenen viertel Versorgungsauftrag kann nur eine Erweiterung einer bereits im Umfang einer hälftigen oder einer dreiviertel bestehenden Zulassung erfolgen.

Dem im Original einzureichenden Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:

Hinweis: Die Unterlagen verbleiben bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ➞ aktueller Auszug aus dem Arztregister
- ➞ Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses nach Belegart "O" zur Vorlage bei einer Behörde
Hinweis: Für den Antrag kann nur ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde anerkannt werden, wobei die Ausstellung nicht länger als drei Monate vor der Antragstellung liegen darf. Um eine Verzögerung in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden, bitten wir Sie daher dringend, bei dem für Sie zuständigen Einwohnermeldeamt den Antrag auf Erteilung eines Führungszeugnisses zur Vorlage beim Zulassungsausschuss für Ärzte - Hamburg - unter Angabe der Anschrift "Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg" und des Verwendungszwecks "Zulassung" zu stellen.
- ➞ ggf. Bescheinigungen der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung über Ort und Dauer früherer Zulassungen
- ➞ Bescheinigung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation
- ➞ Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (Seiten 8 und 9)
- ➞ Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen (Seite 9)
- ➞ aktuell datierter und unterschriebener Lebenslauf
- ➞ ggf. Antrag auf Genehmigung bzw. Fortführung einer Berufsausübungsgemeinschaft
Den Antrag "Genehmigung bzw. Fortführung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)" finden Sie unter dem Stichwort "Berufsausübungsgemeinschaft" unter www.kvhh.net.
- ➞ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes im Sinne des § 95e SGB V ergibt
Bitte nehmen Sie Kontakt mit Ihrem Versicherer auf.

Persönliche Daten des Antragstellers

Familienname

Vorname(n)

Privatanschrift

ggf. Titel

Geburtsdatum

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

Staatsangehörigkeit

Telefon privat

E-Mail privat

Geburtsname

Rufname(n)

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--

Geburtsort

Geschlecht

☐ M ☐ W ☐ D

Mobiltelefon

Fax privat

Haben Sie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen?

☐ nein

☐ ja, ich bin **zurzeit** tätig als: → ☐ zugelassener Vertragsarzt

☐ als ermächtigter Arzt

☐ als angestellter Arzt

von

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

 bis

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

Bitte geben Sie den Ort der Tätigkeit an:

☐ ja, ich war in der **Vergangenheit** tätig als:

→ ☐ zugelassener Vertragsarzt

☐ als ermächtigter Arzt

☐ als angestellter Arzt

von

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

 bis

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

Bitte geben Sie den Ort der Tätigkeit an:

Bitte nennen Sie den Grund für die Beendigung der Tätigkeit:

☐ nein

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--

--

☐ nein

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--

☐ nein

☐ nein

--

Angaben zur Approbation / Aus- und Weiterbildung

Approbation am:

--	--	--	--	--	--

--

☐ nein

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--

Facharztbezeichnung(en) am:

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

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

Schwerpunkt am:

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

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

Zusatzbezeichnung(en) am:

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

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

Fakultative Weiterbildung(en) am:

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

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

als:

--

--

als:

--

--

als:

--

--

als:

--

--

Angaben zur Zulassung

Die Zulassung wird beantragt als:

- ☐ Facharzt für (Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt werden soll)

--

- ☐ ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Facharzt
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- ☐ Psychologischer Psychotherapeut

Bei einer **psychotherapeutischen Tätigkeit (auch als Facharzt)** bitte das Therapieverfahren angeben:

- ☐ analytische Psychotherapie ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐ systemische Therapie

Als **Internist** machen Sie bitte folgende Angaben:

- ☐ Teilnahme an der **fachärztlichen Versorgung**
- ☐ Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung** (ein Schwerpunkt darf nicht geführt werden)

Als **Kinder- und Jugendarzt** machen Sie bitte folgende Angaben:

- ☐ Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung**
- ☐ Teilnahme an der **haus- und fachärztlichen Versorgung**
(nur für Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunktbezeichnung zulässig)
- ☐ Teilnahme an der **haus- und partielle Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung**
(nur für Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzbezeichnung zulässig)

Den Antrag "Antrag auf Genehmigung zur partiellen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung" finden Sie unter dem Stichwort "Partielle Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung" unter www.kvvh.net.

hier ggf. Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung

Bisherige ärztliche Tätigkeiten nach der Approbation in zeitlicher Reihenfolge

Hinweis: Bitte die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten sowie eventuelle Erziehungs- und / oder Pflegezeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge auflisten und die entsprechenden Belege, aus denen Beginn und Ende der jeweiligen Tätigkeit hervorgehen, beifügen (auch über aktuelle Tätigkeit(en), z. B. letzte Gehaltsabrechnung). Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, bitte die Seite kopieren und anhängen.

1.	<table><tr><td colspan="6">Tätig ab</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig ab								.		.		<table><tr><td colspan="6">Tätig bis</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig bis								.		.		<table><tr><td colspan="3">Zeit in Monaten</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Zeit in Monaten						<table><tr><td colspan="3">Eingaben Geschäftsstelle</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Eingaben Geschäftsstelle					
Tätig ab																																								
		.		.																																				
Tätig bis																																								
		.		.																																				
Zeit in Monaten																																								
Eingaben Geschäftsstelle																																								

Name und Art des Arbeitgebers

--

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt / MVZ / BAG

2.	<table><tr><td colspan="6">Tätig ab</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig ab								.		.		<table><tr><td colspan="6">Tätig bis</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig bis								.		.		<table><tr><td colspan="3">Zeit in Monaten</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Zeit in Monaten						<table><tr><td colspan="3">Eingaben Geschäftsstelle</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Eingaben Geschäftsstelle					
Tätig ab																																								
		.		.																																				
Tätig bis																																								
		.		.																																				
Zeit in Monaten																																								
Eingaben Geschäftsstelle																																								

Name und Art des Arbeitgebers

--

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt / MVZ / BAG

3.	<table><tr><td colspan="6">Tätig ab</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig ab								.		.		<table><tr><td colspan="6">Tätig bis</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig bis								.		.		<table><tr><td colspan="3">Zeit in Monaten</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Zeit in Monaten						<table><tr><td colspan="3">Eingaben Geschäftsstelle</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Eingaben Geschäftsstelle					
Tätig ab																																								
		.		.																																				
Tätig bis																																								
		.		.																																				
Zeit in Monaten																																								
Eingaben Geschäftsstelle																																								

Name und Art des Arbeitgebers

--

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt / MVZ / BAG

4.	<table><tr><td colspan="6">Tätig ab</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig ab								.		.		<table><tr><td colspan="6">Tätig bis</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig bis								.		.		<table><tr><td colspan="3">Zeit in Monaten</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Zeit in Monaten						<table><tr><td colspan="3">Eingaben Geschäftsstelle</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Eingaben Geschäftsstelle					
Tätig ab																																								
		.		.																																				
Tätig bis																																								
		.		.																																				
Zeit in Monaten																																								
Eingaben Geschäftsstelle																																								

Name und Art des Arbeitgebers

--

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt / MVZ / BAG

5.	<table><tr><td colspan="6">Tätig ab</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig ab								.		.		<table><tr><td colspan="6">Tätig bis</td></tr><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>	Tätig bis								.		.		<table><tr><td colspan="3">Zeit in Monaten</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Zeit in Monaten						<table><tr><td colspan="3">Eingaben Geschäftsstelle</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Eingaben Geschäftsstelle					
Tätig ab																																								
		.		.																																				
Tätig bis																																								
		.		.																																				
Zeit in Monaten																																								
Eingaben Geschäftsstelle																																								

Name und Art des Arbeitgebers

--

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt / MVZ / BAG

Gebühren

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **100,00 €** gem. § 46 Abs. 1 lit. b Ärzte-ZV erhoben, die mit der Stellung des Antrags fällig wird. Bitte überweisen Sie diese auf das folgende Konto der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "Zulassung für (ggf. Titel) VORNAME NAME"

Bitte beachten Sie: Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die nach unanfechtbar gewordener Zulassung fällige, an den Zulassungsausschuss zu zahlende Gebühr in Höhe von 400,00 € von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht wird.

Hinweis: Nach unanfechtbar gewordener Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhoben, § 46 Abs. 2 lit. a, Abs. 3 lit. b Ärzte-ZV.

Ort und Datum

Unterschrift

Empfehlung: Informieren Sie sich vor Antragstellung in der Abteilung Mitgliederservice und Beratung der KV Hamburg unter der Telefonnummer 040/22 80 2-802 über mögliche Auswirkungen auf Ihr Honorar.

 **Bitte beachten Sie die folgenden Seiten**

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

--

☐ 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 Erteilung der Zulassung das zur Zeit bestehende Dienst- / Beschäftigungsverhältnis aufzugeben?

☐ ja und zwar zum

--	--	--	--	--	--

Nach Erteilung der Zulassung:

☐ 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				

Ort und Datum

Unterschrift

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

Vorgeschriebene Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV

(ggf. Titel) Vorname Name

--

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ort und Datum

Unterschrift

In Ergänzung zu dem von mir am _____ (**Datum**) beantragten Führungszeugnis erkläre ich hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein Ermittlungs-, Straf- und / oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort und Datum

Unterschrift