



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Dresden  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

## Antrag auf Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung

### I. Antrag

#### 1. Antragsteller

Praxisinhaber/BAG-Name/MVZ-Name

Anschrift Betriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

#### 2. Wandlungserklärung

Umwandlung der genehmigten Anstellung von<sup>1</sup>

Titel, Name, Vorname, Geburtsdatum

Fachgebietsbezeichnung

- fachärztliche Versorgung
- hausärztliche Versorgung

ggf. Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzbezeichnung

bisher beschäftigt in der Betriebsstätte (Beschäftigungsort)

Hinweis: Die Zulassung erfolgt für den bisherigen Beschäftigungsort. Ist durch den künftigen Zulassungsinhaber allerdings eine Praxisführung an einem anderen Beschäftigungsort geplant, dann ist in einem gesonderten Verfahren die **Verlegung des Vertragsarztsitzes** zu beantragen.

<sup>1</sup> Siehe auch Abschnitt II.

### 3. Wandlungsfolgen

bisherige Anstellung <sup>1</sup>	Umwandlung in Zulassung mit folgendem Versorgungsauftrag			
	0,25 <sup>2</sup>	0,5	0,75	1,0
<input type="checkbox"/> Vollzeitanstellung im Umfang von 1,0	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,75	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,5	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,25	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>			

Hinweise:

<sup>1</sup> Bei einer Umwandlung in eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag bei gleichzeitiger Reduzierung des Umfangs der bisherigen vollzeitigen Anstellung ist ein geänderter Arbeitsvertrag vorzulegen.

<sup>2</sup> Wandlung **nur** zur Aufstockung bereits bestehender Zulassungen mit mindestens hälftigen Versorgungsauftrag

### 4. Folgen der Umwandlung

- Der bisher angestellte Arzt soll Inhaber einer Zulassung mit folgendem Versorgungsauftrag werden ....
  - voller Versorgungsauftrag (1,0 Zulassung)
  - drei Viertel Versorgungsauftrag (0,75 Zulassung)
  - hälftiger Versorgungsauftrag (0,5 Zulassung).
- Der Vertragsarztsitz soll mit einem anderen Arzt im Wege einer Nachfolgezulassung besetzt werden.

Die Umwandlung soll nur unter der Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger für den umgewandelten Vertragsarztsitz zugelassen wird, vgl. Abschnitt I.3. dieses Formulars.

In diesem Fall ist gleichzeitig mit dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung ein Antrag auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes bei der KV Sachsen zu stellen. Der Antrag liegt bei (**Anlage 1**).

### 5. Zeitpunkt der Umwandlung/Zulassung

mit Wirkung zum \_\_\_\_\_

**Die bisherige Anstellung wird zum genannten Zeitpunkt entsprechend beendet/reduziert.**

## 6. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,- €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer. Beachten Sie bitte auch, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

.....  
 Ort, Datum Stempel/Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Verehrer

Bei MVZ:

.....  
 Ort, Datum MVZ-Vertretungsberechtigter Ärztlicher Leiter MVZ

## II. Angaben des zukünftigen Zulassungsinhabers (nicht bei öffentlicher Ausschreibung)

### 1. Ärztliche Tätigkeiten neben der beantragten Zulassung

- kein weiteres Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
- keine weitere vertragsärztliche Tätigkeit
- folgende weitere vertragsärztliche Tätigkeit

.....  
 als

.....  
 bei (Praxis, einschließlich BSNR oder ggf. NBSNR)

- folgende weitere ärztliche Tätigkeit (Angabe Einrichtungsname, z. B. Krankenhaus)

.....  
 als

.....  
 bei

Die Tätigkeit wird im Anteil von Stunden/Woche weitergeführt.  
 (Der entsprechende Arbeitsvertrag ist im Original vorzulegen.)

### 2. Zukünftige Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit

.....

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in einer BAG bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter **Antrag** erforderlich.

### 3. Vorlage Versicherungsbestätigung für die künftige Praxis

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 95e Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) als **Anlage**

#### 4. Besonderer Abrechnungshinweis

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt gegenüber der KV Sachsen muss nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **Online** durchgeführt werden.

#### 5. Besondere Erklärungen

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

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

#### Hinweise Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).

**Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt. Von den besonderen Hinweisen habe ich Kenntnis erlangt.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des bisher angestellten Arztes

#### Anlagen

Ausschreibungsauftrag

bei Umwandlung in Zulassung  
ohne öffentliche Ausschreibung:

Versicherungsbestätigung

Erhebungsbogen Qualitätssicherung