

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung Sicherstellung
Team Sicherstellungsverfahren
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Praxisname / BSNR (Stempel) / Emailadresse:

Team Sicherstellungsverfahren | **Arzt zur Sicherstellung** | arztzursicherstellung@kvbawue.de

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

!!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte beachten Sie, dass die Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung nur möglich ist, wenn der Arzt, dem der Arzt zur Sicherstellung zugeordnet wird, selbst auch vertragsärztlich in der Praxis tätig wird.

Um eine Bearbeitung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie, den Antrag **vollständig auszufüllen** und **alle erforderlichen Unterlagen** dem Antrag **beizufügen**.

Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten Antrag und die dazugehörigen Anlagen per Mail an arztzursicherstellung@kvbawue.de **ODER** per Post ein.

Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Dies führt zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Sollten sich Änderungen ergeben oder eine Verlängerung erforderlich sein, ist immer ein neuer Antrag mit aktualisierten Angaben an die KV Baden-Württemberg zu übermitteln.

Bitte beachten Sie, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

Bitte reichen Sie den Antrag mindestens **vier Wochen vor Beginn des Anstellungsverhältnisses** bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ein. Bitte beachten Sie dies bei Ihrer weiteren Planung.

Im Falle einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist der Antrag sowie die dazugehörige Anlage grundsätzlich von allen BAG-Partnern zu unterzeichnen.

Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

<input type="checkbox"/> Approbationsurkunde des Arztes zur Sicherstellung (in Kopie)	
<input type="checkbox"/> Facharztanerkennung des Arztes zur Sicherstellung (in Kopie)	
Sowie je nach Antragsgrund	Nachweise (in Kopie)
Krankheit	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung [siehe Anlage 1] (mit Aussagen zum Umfang der Leistungseinschränkung und voraussichtlichen Minstdauer der Einschränkung)
Schwangerschaft und Mutterschutz	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung (über die bestehende Schwangerschaft)
Erziehung eines Kindes	<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde des Kindes <input type="checkbox"/> Erklärung über genommene Elternzeiten [siehe Anlage 3]
Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung bzw. Bescheinigung der Pflegekasse (Pflegestufe) [siehe Anlage 2]
Berufspolitische/Politische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Erklärung mit detailliertem Nachweis über Art, Umfang sowie Dauer der Tätigkeit [siehe Anlage 4]
Tätigkeit als Lehrbeauftragter	<input type="checkbox"/> Detaillierter Nachweis über Art u. Umfang der Lehr- bzw. wissenschaftlichen Tätigkeit
Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner bzw. Praxisnachfolger	<input type="checkbox"/> Absichtserklärung [siehe Anlage 5]

Nur beim Antragsgrund Krankheit auszufüllen

Anlage I

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

Ärztliche Bescheinigung

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

Titel	Name	Vorname
-------	------	---------

Falls abweichend zu oben: Erkrankter Arzt

Titel	Name	Vorname
-------	------	---------

Nachfolgend vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Hiermit bescheinige ich als der behandelnde Arzt, dass die genannte Person krankheitsbedingt in ihrer Leistungsfähigkeit vorübergehend eingeschränkt aber **weiterhin tätig** ist und zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages die Unterstützung durch einen Arzt zur Sicherstellung notwendig ist.

Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit hat voraussichtlich mindestens Bestand für den Zeitraum

vom

T	T	M	M	J	J	J	J

bis

T	T	M	M	J	J	J	J

Bitte beachten Sie: Ohne genaues Beginn- und Enddatum ist diese Bescheinigung ungültig.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie **keine Diagnosen** oder sonstigen Krankheitsgeschichten auf der Bescheinigung anzugeben oder beizulegen.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Nur beim Antragsgrund Erziehung eines Kindes auszufüllen

Anlage 3

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

Erklärung Erziehung eines Kindes

Hiermit erklärt der Unterzeichner, dass der beantragte Arzt zur Sicherstellung im Rahmen der Erziehung eines Kindes für den **weiterhin tätigen Arzt** eingesetzt wird.

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

Falls abweichend zu oben: Arzt in Elternzeit

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

Arzt zur Sicherstellung

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

Angaben (aller bisher geborenen Kinder)

Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									_____	_____
	TTMMJJJJ	Name	Vorname								

Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									_____	_____
	TTMMJJJJ	Name	Vorname								

Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									_____	_____
	TTMMJJJJ	Name	Vorname								

Falls es noch weitere Kinder gibt, listen Sie diese bitte auf einem separaten Blatt auf.

Bitte denken Sie daran die Kopie der **Geburtsurkunden** beizulegen, falls Sie diese noch nicht eingereicht haben.

- Es wurde noch kein Arzt zur Sicherstellung auf Grund von Erziehung eines Kindes beschäftigt.
- Es wurde bereits ein Arzt zur Sicherstellung auf Grund von Erziehung eines Kindes beschäftigt.
Bitte die Datumsangaben ausfüllen (ggf. Auflistung auf einem separaten Blatt beifügen):

vom	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
	TTMMJJJJ		TTMMJJJJ																

vom	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
	TTMMJJJJ		TTMMJJJJ																

_____	_____
Ort, Datum	Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/aller BAG-Partner/ärztlichen Leiters MVZ

Nur beim Antragsgrund berufspolitische und/oder politische Tätigkeit auszufüllen

Anlage 4

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung aufgrund berufspolitischer und/oder politischer Tätigkeit

Erklärung (Berufs-)Politik

Hiermit erklärt der Unterzeichner in folgende berufs-/standespolitischen Ämter gewählt worden zu sein, wie lange diese Wahlperioden andauern und welchen wöchentlichen Zeitumfang diese Tätigkeiten in Anspruch nehmen:

Art der Tätigkeit	Zeitlicher Umfang/Woche	Wahlperiode von/bis

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

Titel

Name

Vorname

Falls abweichend zu oben: berufspolitisch tätiger Arzt

Titel

Name

Vorname

Arzt zur Sicherstellung

Titel

Name

Vorname

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/aller BAG-Partner/ärztlichen Leiters MVZ

