

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

Absender/Stempel

Team Sicherstellungsverfahren | Telefon 0711 7875 3111

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

!!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus. Das dient nicht nur der besseren Lesbarkeit, sondern Sie erhalten zudem weitere Ausfüllhinweise.

Um eine Bearbeitung seitens der KVBW gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie, den Antrag **vollständig auszufüllen** und **alle erforderlichen Unterlagen** dem Antrag **beizulegen**. Bitte reichen Sie den Antrag per Post ein und sehen Sie von doppelten Übermittlungen ab.

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.

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 Mindestdauer 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]
Sonstige Einzelfälle zur Vermeidung unbilliger Härten	<input type="checkbox"/> Ausführliche Begründung des Härtefalles unter Vorlage entsprechender Nachweise

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinie der KV Baden-Württemberg

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung.

Bitte nach Möglichkeit maschinell ausfüllen, unterschreiben und einsenden!

Antragsteller und Anschrift der Praxis oder des MVZ:

LANR des Antragstellers / des ärztlichen Leiters des MVZ

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

LANR (Lebenslangearztnummer)

Titel

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Der beantragte Arzt zur Sicherstellung soll folgendem Arzt zugeordnet werden:

- dem Antragsteller persönlich
- folgendem beim Antragsteller tätigen Arzt

LANR des Arztes, dem der Arzt zur Sicherstellung zugeordnet wird

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

LANR (Arzt-Nr.)

Titel

Name

Vorname

Arzt zur Sicherstellung:

Titel

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

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

TTMMJJJJ

Geburtsort

Beschäftigungszeitraum – bitte beide Daten einfügen!

für die Zeit von

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

TTMMJJJJ

bis

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

TTMMJJJJ

Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

Beschäftigungsumfang – bitte angeben:

ganztags (38,5 Std./Woche)

Stunden/Woche _____

Deutsche Approbation seit

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Kopie beifügen

Fachgebiet

Kopie beifügen

Schwerpunkt/-Zusatzbezeichnung als

Kopie beifügen

Grund der Antragstellung (bitte nur einen Antragsgrund auswählen)

nach § 3 Abs. 4 der Assistenten-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

- Krankheit
- Schwangerschaft und Mutterschutz inkl. Erziehung eines Kindes
- Erziehung eines Kindes
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung
- berufspolitische und /oder politische Tätigkeit
- Tätigkeit als Lehrbeauftragter
- Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner
- Einarbeitung eines Praxisnachfolgers durch ausscheidenden bzw. ausgeschiedenen Praxisinhaber
- sonstige Einzelfälle zur Vermeidung unbilliger Härten

Nach § 3 Abs. 5 der Assistenten-Richtlinie der KVBW darf die Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung nicht der Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes zur Sicherstellung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Ärzten zur Sicherstellung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

Nach § 19 Absatz 1 Satz 3 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen Ärztinnen und Ärzte die Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zuständigen Bezirksärztekammer anzeigen. Der ärztliche Mitarbeiter muss sich selbst bei der zuständigen Bezirksärztekammer anmelden.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes/ärztlichen Leiters MVZ

Datenschutzhinweis für den Arzt zur Sicherstellung:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt, speichert und ausschließlich zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes zur Sicherstellung

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 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 (**bitte beide Daten einfügen!**):

vom

TTMMJJJJ									

bis

TTMMJJJJ									

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie keine Diagnosen oder sonstige 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 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 des Kindes für das Erziehung eines Kindes in Anspruch genommen werden soll

Geburtsdatum Name Vorname

Nachfolgende Angaben beziehen sich nur auf Zeiten, in welchen in der Vergangenheit ein Arzt zur Sicherstellung auf Grund von Erziehung eines Kindes für das oben genannte Kind beschäftigt wurde:

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- 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:

vom _____ bis _____
TTMMJJJJ TTMMJJJJ

vom _____ bis _____
TTMMJJJJ TTMMJJJJ

Ort, Datum Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/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

Titel

Name

Vorname

Arzt zur Sicherstellung

Titel

Name

Vorname

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/ärztlichen Leiters MVZ

Nur beim Antragsgrund Einarbeitung eines potenziellen Kooperationspartners auszufüllen

Anlage 5

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes zur Sicherstellung zur Einarbeitung in den Praxisablauf

Absichtserklärung

1. Hiermit erklären die Unterzeichner, dass der beantragte Arzt zur Sicherstellung der Einarbeitung in den Praxisablauf

- im Hinblick auf eine geplante Gründung oder Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft (mit oder ohne Leistungsbegrenzung)
- im Rahmen einer geplanten Praxisübergabe
- im Hinblick auf eine geplante Anstellung (mit oder ohne Leistungsbegrenzung)

dienen soll.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

2. Uns ist bekannt, dass aus dem Umstand der Erteilung einer Genehmigung kein Rechtsanspruch auf eine spätere Zulassung des Arztes zur Sicherstellung bzw. den Erhalt einer Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes oder zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft abgeleitet werden kann.

Praxisinhaber

Titel

Name

Vorname

Arzt zur Sicherstellung

Titel

Name

Vorname

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/ärztlichen Leiters MVZ

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes zur Sicherstellung