Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens der Vertragsarztpraxis Ärzte

Wichtiger Hinweis!
Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen (Ort des Praxissitzes)**.**

- ○ Regierungsbezirk Stuttgart
- ○ Regierungsbezirk Karlsruhe
- ○ Regierungsbezirk Freiburg
- ○ Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich

Name _____ Vorname: _____ Titel: _____

BSNR: _____ LANR: _____

Privatadresse (**Optionale Angaben**):

Straße: _____ Nr.: _____ PLZ _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Email: _____

die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens (Ausschreibung) für einen

❑ vollen Versorgungsauftrag ❑ drei Viertel Versorgungsauftrag*

❑ hälftigen Versorgungsauftrag* ❑ Viertel Versorgungsauftrag*

* Diese Möglichkeit ist nur gegeben, wenn nach der Praxisübergabe keine Zulassung mit einem Viertel Versorgungsauftrag verbleibt.

als Facharzt für _____

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en _____

mit der Zuordnung zur ❑ hausärztlichen Versorgung oder ❑ fachärztlichen Versorgung

oder ❑ gleichzeitigen Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Diese Möglichkeit ist nur für Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung gegeben.)

für den **Vertragsarztsitz** in

PLZ: _____ Ort: _____ Ortsteil: _____

Straße: _____ Nr.: _____

im Landkreis/Stadtkreis: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

mit voraussichtlichem Abgabezeitpunkt: _____

Bisherige Praxistätigkeit erfolgte in

- ❑ Einzelpraxis
- ❑ Berufsausübungsgemeinschaft mit _____
- ❑ einem MVZ namens _____.

Meine Vertragsarztpraxis soll als

- ❑ Einzelpraxis
- ❑ Berufsausübungsgemeinschaftsanteil
  (Diese Möglichkeit ist nur gegeben, wenn der Antragsteller seine vertragsärztliche Tätigkeit zum Antragszeitpunkt in bestandskräftig genehmigter Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt hat.)
- ❑ MVZ-Anteil
  (Diese Möglichkeit ist nur gegeben, wenn der Antragsteller seine vertragsärztliche Tätigkeit zum Antragszeitpunkt als zugelassener Vertragsarzt in einem bestandskräftig zugelassenen MVZ ausgeübt hat.)

zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden.

Der Zulassungsausschuss kann gem. § 103 Abs. 3a S. 3 SGB V den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 5 und 6 SGB V bezeichneten Personenkreis angehört. Die Praxis soll übernommen werden von:

- ❑ **Ehegatte**

  Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

- ❑ **Lebenspartner** (i. S. d. Lebenspartnerschaftsgesetz):

  Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

- ❑ **Kind**

  Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

- ❑ **angestellter Arzt der bisherigen des bisherigen Vertragsarztes**:

  Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____
  (Diese Möglichkeit ist nur gegeben, wenn das über den Zulassungsausschuss genehmigte Anstellungsverhältnis mindestens drei Jahre lang andauert.)

- ❑ **Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde:**

  Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____
  (Diese Möglichkeit ist nur gegeben, wenn der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang andauert und entweder der Vertragsarzt im Rahmen des Jobsharing mit der Zuordnung zum Antragsteller zugelassen ist oder eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag besteht.)

- ❑ **Es gibt keinen Nachfolger, der unter den vorbenannten Personenkreis fällt.**
  (Diese Feld ist immer dann anzukreuzen, wenn die vorherigen Felder nicht zutreffen.)

_____ _____

Datum Unterschrift

Hiermit erkläre ich unwiderruflich, dass ich auf meine Zulassung spätestens vor der Zulassung eines Nachfolgers gegenüber dem Zulassungsausschuss verzichten werde.
(Hinweis: Dies ist nur eine Absichtserklärung und noch nicht der endgültige unwiderrufliche Verzicht auf die Zulassung.)

Datum _____ Unterschrift _____

❑ Mit der Weitergabe meiner Angaben in diesem Antrag an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bin ich einverstanden.

❑ Mit der Weitergabe meiner Anschrift/Telefonnummer an die an einer Übernahme interessierten Ärzte/Psychotherapeuten bin ich einverstanden.

Der gesamte Schriftwechsel soll über

❑ meine Praxisanschrift

oder

❑ meine auf Seite 1 genannte Privatadresse (optional) erfolgen.

Datum _____ Unterschrift _____

Hinweis:

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragseingangsbestätigung durch die Geschäftsstelle wird Ihnen eine Buchungsnummer mitgeteilt. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.