

# Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt

**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: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

Privatadresse:

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Optionale Angaben:

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**die Zulassung mit**  vollem Versorgungsauftrag  drei Viertel Versorgungsauftrag  
 hälftigem Versorgungsauftrag

als Facharzt für \_\_\_\_\_

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en \_\_\_\_\_

mit der Zuordnung zur  hausärztlichen Versorgung oder  fachärztlichen Versorgung  
(Nur ankreuzen, wenn die Zulassung als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung beantragt wird.)

oder zur  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: \_\_\_\_\_

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

Die Vertragsarztpraxis entsteht durch:

Neugründung in einem nicht gesperrten Planungsbereich

Praxisübernahme von

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Chiffre-Nummer des ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes \_\_\_\_\_

Umwandlung meiner Arztstelle in der Vertragsarztpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ \_\_\_\_\_

Umwandlung einer Arztstelle in der Vertragsarztpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ

\_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Chiffre-Nummer der ausgeschriebenen Arztstelle \_\_\_\_\_.

**Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist wie folgt beabsichtigt:**

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft:

geplant mit

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ unter der ENR \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ eingetragen.

Eine Eintragung wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ beantragt.

Eine Zulassung für den Vertragsarztsitz \_\_\_\_\_ besteht bis zum \_\_\_\_\_.

**Hinweis:** Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Form einer Praxisgemeinschaft ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg anzeigepflichtig.

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beigefügt:

(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften oder amtlich beglaubigte Fotokopien beigefügt werden.)

- Auszug aus dem Arztregister
- Bescheinigungen über die bisher ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation (einschl. lückenlose Aufstellung siehe nachfolgende Tabelle)
- unterzeichneter Lebenslauf
- aktuelles polizeiliches Führungszeugnis (Belegarten N oder O)
- Eine Erklärung über zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit unter Angabe des zeitlichen Umfangs sowie ggf. Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses (siehe Anlage 1)
- Eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich ich bisher niedergelassen oder zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen war. Aus ihr müssen Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung sowie der Grund einer etwaigen Beendigung ersichtlich sein
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt (siehe Anlage 2).

Lückenlose Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation in zeitlicher Reihenfolge:

von	bis	in welcher Stellung (z. B. Vertreter, angestellter Arzt)	Einrichtung (z. B. Krankenhaus), Ort	Tätigkeitsumfang in Wochenstunden

## Erklärungen:

1. Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.
2. Ich erkläre, dass ich spätestens 3 Monate nach Unanfechtbarkeit des Zulassungsbeschlusses ein ggf. bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit beendet habe. Soll ggf. ein Anstellungsverhältnis nach Ablauf der drei Monate weiterhin bestehen bleiben, dann muss ich dieses durch umgehende Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers dem Zulassungsausschuss für Ärzte anzeigen.
3. Ich erkläre mein Einverständnis, dass dieser Zulassungsantrag an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg weitergeleitet werden soll, wenn ich eine der folgenden Tätigkeiten im Rahmen meiner Zulassung ausüben möchte:

- Belegarztstätigkeit: nähere Informationen unter [www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/vertragsarztspflichten/belegarzt/](http://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/vertragsarztspflichten/belegarzt/)
- Kurarztstätigkeit: nähere Informationen unter [www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/vertragsarztspflichten/kurarzt/](http://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/vertragsarztspflichten/kurarzt/)

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)

## Hinweise:

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 100,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bedürfen.

[www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/](http://www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/)

## Erklärung zu Beschäftigungsverhältnissen

---

(Name, Vorname)

LANR: 

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

Ich erkläre hiermit, dass zum Zeitpunkt meiner jetzigen Antragstellung

- keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse irgendwelcher Art bestehen:
- folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

---

(Art der Tätigkeit)

---

(Dienststelle usw.)

---

(Art des Beschäftigungsverhältnisses)

Vollzeitstelle

Teilzeitstelle

mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

Ich bin bereit, das Beschäftigungsverhältnis

- aufzugeben, und zwar zum 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- zu reduzieren, und zwar auf \_\_\_\_\_ Wochenstunden ab 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- nicht aufzugeben.

---

(Datum)

---

(Unterschrift)

Anlage 2

**Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V  
über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes  
für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Einzelpraxis ohne angestellte  
Ärzte-sowie in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ohne angestellte Ärzte**

Name und Sitz des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Name und Sitz der BAG (falls zutreffend): \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns für den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten eine § 95e Abs. 2 SGB V entsprechende Pflichtversicherung gegen die sich aus der Berufsausübung als Vertragsarzt bzw. als Vertragspsychotherapeuten ergebenden Haftpflichtgefahren besteht.

Die Versicherungssumme<sup>2</sup> beträgt (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut)<sup>3</sup> EUR \_\_\_\_\_<sup>4</sup> für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres (bei BAG: je Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut) verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

<sup>1</sup> Da in einer BAG ohne angestellte Ärzte die Versicherungspflicht nach § 95e Abs. 2 SGB V für jeden einzelnen Vertragsarzt gilt, ist grundsätzlich für jeden Vertragsarzt der BAG eine Bescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG auszustellen. Wenn nur eine Bescheinigung für sämtliche in der Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Vertragsärzte ausgestellt werden soll, muss bestätigt werden, dass die Berufshaftpflichtversicherung je Vertragsarzt den Anforderungen des § 95 Abs. 2 SGB V entspricht.

<sup>2</sup> Die Mindestversicherungssumme muss nach § 95e Abs. 2 SGB V (bei Berufsausübungsgemeinschaften ohne angestellte Ärzte je Vertragsarzt) mindestens drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall betragen. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

<sup>3</sup> Mit dem Klammerzusatz werden beide Fälle der möglichen Vertragskonstellation bei einer BAG erfasst (gemeinsamer Versicherungsvertrag für alle darin tätige Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten und Einzelverträge für die der darin tätigen Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten)

<sup>4</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.