



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Genehmigungen Ärzte
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
44141 Dortmund

Tel.: 0231/9432 3787
Fax: 0231/9432-87054
E-Mail: Genehmigungen-Aerzte@kvwl.de

**Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines
Sicherstellungsassistenten¹ nach
§ 32 Abs. 2 Ärzte-ZV**

1. Allgemeine Angaben

Angaben des Antragstellers

Vertragsarzt, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft (Bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber.)

LANR:		BSNR:	
--------------	--	--------------	--

Name:	
--------------	--

Vorname:	
-----------------	--

Facharztbezeichnung:	
-----------------------------	--

Vertragsarztsitz (Hauptsitz)

PLZ/Ort:	
-----------------	--

Straße/Hausnr.:	
------------------------	--

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

☐	Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ zugelassener Vertragsarzt.
--------------------------	--

Ist beabsichtigt, dass mehrere Partner der BAG/des MVZ gemeinsam die Assistenz beantragen?

☐	Ja - dann bitte die weiteren Partner in der beigefügten Anlage 2 eintragen.
--------------------------	---

☐	Nein.
--------------------------	-------

☐	Ich bin Bevollmächtigter der BAG (Bitte eine entsprechende Vollmacht beifügen.).
--------------------------	--

☐	Ich bin Bevollmächtigter des MVZ (Bitte eine entsprechende Vollmacht beifügen.).
--------------------------	--

2. Antragsteller

Der Assistent soll folgendem Vertragsarzt zugeordnet werden:

☐	dem Antragsteller persönlich
--------------------------	------------------------------

☐	dem folgenden angestellten Arzt:
--------------------------	----------------------------------

LANR:		BSNR:	
-------	--	-------	--

Name:	
-------	--

Vorname:	
----------	--

3. Assistent

3.1 Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung von

Name:	
-------	--

Vorname:	
----------	--

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
---------------	--	-------------	--

Geschlecht:	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers
-------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

3.2 Qualifikation des Assistenten (sind dem Antrag in Fotokopie beizufügen)

☐	Deutsche Approbation
--------------------------	----------------------

☐	Facharztanerkennung als:	
--------------------------	--------------------------	--

3.3	Zeitraum und Umfang der Beschäftigung
------------	--

Zeitraum:	von:		bis:	
------------------	------	--	------	--

Umfang:		Stunden pro Woche
----------------	--	-------------------

3.4	Grund der Antragstellung
------------	---------------------------------

3.4.1	☐	Ehrenamtliche berufspolitische Tätigkeit Ein detaillierter Nachweis der Art und des jeweiligen Zeitaufwandes der berufspolitischen Tätigkeit (Anlage 1) sind beizufügen.
-------	--------------------------	---

3.4.2	☐	Gesundheitliche Gründe Eine ärztliche Bescheinigung ist beizufügen.
-------	--------------------------	--

3.4.3	☐	Einarbeitung in den Praxisablauf aufgrund (max. 6 Monate)
-------	--------------------------	---

☐	geplanter Gründung oder Erweiterung einer BAG.
--------------------------	--

☐	geplanter Praxisübernahme.
--------------------------	----------------------------

☐	geplanter Anstellung in der BAG.
--------------------------	----------------------------------

☐	geplanter Anstellung im MVZ.
--------------------------	------------------------------

☐	geplanter Anstellung in der Vertragsarztpraxis.
--------------------------	---

☐	Der jeweilige Antrag liegt dem Zulassungsausschuss bereits vor.
--------------------------	--

3.4.4	☐	Beschäftigung des Praxisabgebers in der Praxis des Übernehmers (Zeitraum 6 Monate) Voraussetzung: Der Übernehmer war noch nicht als Vertragsarzt tätig.
-------	--------------------------	---

3.4.5	☐	Pflege eines nahen Familienangehörigen in häuslicher Umgebung (Zeitraum 6 Monate) Bei Verlängerung der Genehmigung (max. bis zu zwei Jahre) ist die Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse bzw. des MDK bzw. anderer entsprechender Nachweise erforderlich sowie eine ergänzende Begründung, z. B. auch zur Prognose der weiteren Entwicklung abzugeben.
-------	--------------------------	--

3.4.6	☐	Erziehung eines Kindes (max. 36 Monate) Geburtsurkunde des Kindes sowie die Mitteilung, ob bereits Erziehungszeit in Anspruch genommen wurde, sind beizufügen.
-------	--------------------------	---

3.4.7	☐	Vertragsärzte in der Funktion als programmverantwortlicher Arzt (PVA) im Mammographie-Screening Der Sicherstellungsassistent wird in einem Umfang genehmigt, der dem zeitlichen Aufwand im Rahmen des Mammographie-Screenings entspricht.
-------	--------------------------	--

Wichtige Hinweise

Der Assistent muss mindestens einem Vertragsarzt in der Praxis zugeordnet werden. Hier muss eine Fachgebietsidentität vorliegen.

Der Assistent darf erst dann vertragsärztlich tätig werden, wenn Ihnen als Antragsteller der Genehmigungsbescheid zugegangen ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Bearbeitungszeiten, die bis zu vier Wochen betragen können und planen diesen Umstand entsprechend ein.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des
Vertragsarztes /
Vertretungsberechtigten der BAG
/ des MVZ's

Bei Antragstellung für einen angestellten Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten
Arztes

**Anlage 1
für die berufspolitische Tätigkeit**

Gremium	Tätigkeit	Sitzungen pro Jahr	Vorbereitungszeit je Sitzung (Stunden je Woche)

Dauer der Fahrzeiten je Sitzung:

Die ehrenamtliche Tätigkeit umfasst insgesamt eine
wöchentliche Arbeitsbelastung von mehr als

Stunden.

Anlage 2

Diese Anlage ist nur auszufüllen, wenn mehrere Partner der BAG gemeinsam die Assistenz beantragen.

Nachfolgend aufgeführte Partner der BAG sind weitere Antragsteller
(ggf. weitere Antragsteller mit gesondertem Schreiben mitteilen)

1. Weiterer Antragsteller

LANR:

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers

2. Weiterer Antragsteller

LANR:

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers

3.	Weiterer Antragsteller
-----------	-------------------------------

LANR:	
--------------	--

Name:	
--------------	--

Vorname:	
-----------------	--

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers