KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Antrag auf Erhöhung der Arbeitszeit für einen bereits angestellten Arzt

Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Erhöhung der Arbeitszeit für einen bereits angestellten Arzt einzureichen:

Checkliste:

☐ Antrag auf Erhöhung der Arbeitszeit für einen bereits angestellten Arzt
Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

☐ Schriftlicher Arbeitsvertrag unter Angabe der Arbeitszeiten und des Tätigkeitsortes
im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie

Folgende Unterlagen beziehen sich auf den Arzt, dessen Arbeitszeit erhöht werden soll:

☐ Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (siehe Antragsformular)

☐ Erklärung über Suchtfreiheit (siehe Antragsformular)

Für den Antrag auf Genehmigung der Erhöhung der Arbeitszeit eines bereits angestellten Arztes wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gemäß § 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV mit separater Rechnung eine Gebühr in Höhe von 120,00 Euro angefordert. Gemäß § 38 Ärzte-ZV wird über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt.

Bei Rückfragen zu Ihrem Antrag wenden Sie sich bitte an die auf unserer Internetseite für Ihren Zulassungsausschuss benannten Mitarbeiter.

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie eine Rücksendung Ihrer Unterlagen wünschen. Die Zulassungsakten werden elektronisch geführt. Eine Rückgabe ist zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich.

◯ Rücksendung
◯ Zum Verbleib

Antrag auf Erhöhung der Arbeitszeit für einen bereits angestellten Arzt

I. Antragsteller/in

Titel, Vorname, Name:
oder Bezeichnung des MVZ / der BAG[1]: _____
für Vertragsärzte: LANR:
(= lebenslange Arztnummer) _____

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

II. Die Genehmigung soll für folgenden bereits angestellten Arzt erteilt werden

Titel, Vorname, Name: _____

LANR (= Lebenslange Arztnummer): _____

Hauptwohnsitz: Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

als: _____
Facharztbezeichnung

III. Neuer Tätigkeitsumfang des angestellten Arztes

_____
Angabe des wöchentlichen Zeitumfangs in Stunden

Ab dem: _____
Datum des Beginns der Erhöhung der Arbeitszeit

[1] Eine BAG ist nur zur Antragstellung berechtigt, wenn die ursprüngliche Anstellungsgenehmigung auch der BAG erteilt wurde. Soweit die Anstellungsgenehmigung einem einzelnen Mitglied (Vertragsarzt) der BAG erteilt wurde, muss von diesem auch der Antrag auf Genehmigung der Erhöhung der Arbeitszeit gestellt werden.

IV. Erhöhung im Wege der Nachbesetzung einer bereits genehmigten Anstellung?

Soll die Erhöhung der Arbeitszeit der Anstellung im Wege der Nachbesetzung einer bereits genehmigten anderen Anstellung, die reduziert/beendet wird, erfolgen?

◯ ja ◯ nein

Falls ja, Name des bisher angestellten Arztes, dessen Anstellung geendet hat oder reduziert wurde

Ort/Datum | Name/Unterschrift(en) des/der Antragsteller/s

Ort/Datum | Name/Unterschrift des anzustellenden Arztes

V. Erklärung des anzustellenden Arztes gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 und § 21 Ärzte-ZV[2]

Hiermit erkläre ich, dass ich weder drogen- oder alkoholabhängig bin noch in den letzten fünf Jahren gewesen bin, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe, und dass gesetzliche Hinderungsgründe einer Ausübung des Berufes als Arzt nicht entgegenstehen.

Hiermit erkläre ich, dass weder Strafen, Disziplinarmaßnahmen oder berufsgerichtliche Maßnahmen gegen mich verhängt worden sind, noch gegen mich ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren oder ein Strafverfahren schwebt, noch ein Disziplinarverfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort/Datum Name/Unterschrift

VI. Erklärung des anzustellenden Arztes gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV

Ich gebe gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV folgende Erklärung ab:

Ich erkläre hiermit, dass ich zur Zeit in

◯ keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

◯ einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe:

Anschrift des Arbeitgebers

Art und Zeitumfang der ausgeübten Tätigkeit

Das zurzeit bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

☐ kann frühestens zum _____ beendet werden.

☐ ist mit Wirkung zum _____ gekündigt worden.

☐ soll in folgendem Zeitumfang fortgeführt werden: _____ Wochenstunden

Der Nachweis über die Reduzierung des Beschäftigungsumfanges oder die Kündigung müssen dem Zulassungsausschuss im Original oder als beglaubigte Kopie vorgelegt werden

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine private Adresse und private Telefonnummer an die Ärztekammer Niedersachsen weitergeleitet wird.

Ort/Datum Name/Unterschrift des angestellten Arztes

[2] Falls nicht zutreffend, bitte den entsprechenden Absatz streichen.