

## Merkblatt

### **Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung**

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

#### **I. CHECKLISTE**

Dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

**Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung**

Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

**Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr**

#### **II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR**

Gemäß § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,-- **pro Antrag** fällig, sobald Sie Ihren Antrag in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von zwei Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor. Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten zwei Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg**

**IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67**

**BIC: DAAEDEDXXX**

#### **III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUR ANTRAGSVERFAHREN**

Die Übersendung der Antragsunterlagen im Original samt Anlagen hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die vorgenannten Unterlagen auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben. Eine elektronische Übermittlung aller Unterlagen per Fax oder E-Mail ist nicht zulässig.

Die Antragsunterlagen sollten spätestens vier Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht, daher ist der Antrag rechtzeitig zu stellen.

Der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt tagt in der Regel einmal im Monat. Die Termine entnehmen Sie bitte der Homepage der KVSA.

**Bitte beachten Sie, dass über einen Antrag erst entschieden werden kann, wenn alle erforderlichen Unterlagen und Angaben vollständig eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.**

#### **IV. DATENSCHUTZ**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:

[https://www.kvsa.de/service/ueber\\_uns/datenschutz\\_informationen.html](https://www.kvsa.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html)

# Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung

ZULASSUNGS-  
AUSSCHUSS  
SACHSEN-ANHALT

ZA

Zulassungsausschuss für Ärzte  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

**Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

## **1. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER** (Arbeitgeber)

### **1. Praxisinhaber**

**BSNR:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname(n):**

Facharztbezeichnung

Schwerpunktbezeichnung / Zusatzbezeichnung

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Vertragsarztsitzes**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

(Bei Anstellung in einer **Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)** bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.)

## 2. BEANTRAGUNG (gebührenpflichtig)

Ich/Wir beantrage(n) zum  
Zulassung

(tt.mm.jjjj) die Umwandlung der Anstellung in eine

im Umfang eines

halben

dreiviertel

vollen

**Versorgungsauftrages**

für den Angestelltensitz von

**Titel:**

**Name:**

**Vorname(n):**

Der bisher angestellte Arzt wird Inhaber der Zulassung.

Der bisher angestellte Arzt wird nicht Inhaber der  
Zulassung und

die Beschäftigung des bisher angestellten Arztes **wurde** bereits beendet

zum (tt.mm.jjjj)

die Beschäftigung des bisher angestellten Arztes **wird** ohne Vorbehalt beendet

zum (tt.mm.jjjj)

**Hinweis:** Es erfolgt keine Ausschreibung. Bitte  
separaten Zulassungsantrag einreichen.

**Hinweis:** Punkt 3 „Antrag auf Durchführung  
eines Nachbesetzungsverfahrens“ ist ebenfalls  
auszufüllen.

Die Umwandlung der Zulassung bzw. Teilzulassung erfolgt immer für den bisherigen vom Zulassungsausschuss genehmigten  
Beschäftigungsort.

### **3. ANTRAG AUF DURCHFÜHRUNG DES NACHBESETZUNGSVERFAHRENS** (gebührenpflichtig)

**Ich/Wir beantrage(n) die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens der Zulassung**

**für das Fachgebiet:**

**im Umfang eines**

hälftigen

dreiviertel

vollen

**Versorgungsauftrages**

**Die Praxisübernahme soll erfolgen durch:**

Name des Übernehmenden (sofern bereits bekannt)

**Mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an die an einer Praxisübernahme interessierten Ärzte bin ich im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens einverstanden:**

ja, vollständig Weitergabe

ja, aber beschränkt auf:

Privatanschrift

Praxisanschrift

#### **4. ANTRAGSGEBÜHR**

Die Antragsgebühr **zur Umwandlung der Anstellung in ein Zulassung** in Höhe von € 120,- wurde überwiesen am (tt.mm.jjjj)

**Angaben für Ihre Überweisung:**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg  
IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67  
BIC: DAAEDEDXXX

**Verwendungszwecke:**

ZA-A-003 / ZA / Name, Vorname Antragsteller

Ein Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr liegt bei.

---

Ort, Datum

Name/Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller

**Formblatt 1 – Weitere Antragsteller**  
(Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben  
sind Bestandteil des Antrages.)



2. Praxisinhaber	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)
3. Praxisinhaber	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)
4. Praxisinhaber	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 4)
5. Praxisinhaber	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)

