

Merkblatt

Ruhen der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit gem. § 26 Ärzte-ZV (Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE

Dem Antrag auf Ruhen der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

Antrag auf Ruhen der Zulassung

Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

Nachweis des Grundes für das Ruhen

Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,-- 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 14 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 14 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 ZUM 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.

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 erforderliche und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:

https://www.kvsa.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html

Antrag auf Ruhen der Zulassung gem. § 26 Ärzte-ZV

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. ALLGEMEINE ANGABEN

Erstantrag auf Ruhen der Zulassung

Antrag auf Verlängerung des bisherigen Ruhens

BSNR:	Titel:
Name:	Vorname(n):
Facharztbezeichnung	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragsarztsitzes	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

2. RUHEN DER ZULASSUNG TÄTIGKEIT

Ich beantrage das Ruhen für

eine volle Zulassung.

eine dreiviertel Zulassung.

eine halbe Zulassung.

eine viertel Zulassung. (Nur bei einer vollen oder dreiviertel Zulassung möglich)

Der Zeitraum des Ruhens ist vom:

bis:

tt.mm.jjjj

tt.mm.jjjj

3. BEGRÜNDUNG DES ANTRAGS

Bitte entsprechende Nachweise (ärztliches Attest, Nachweis über Schwangerschaft, etc.) beifügen.

4. ANTRAGSGEBÜHR

Die Antragsgebühr 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

Verwendungszweck:
ZA-A-014 / ZA / Name, Vorname Antragsteller

Ein Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr liegt bei.

Wichtige Information

Jede Statusänderung bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann – wie auch jede sonstige Genehmigung – **nur mit Wirkung für die Zukunft** und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

Ort, Datum

Name/Unterschrift Antragsteller

Stempel Antragsteller