

**Antrag
Sicherstellungszuschläge nach Maßgabe des Beschlusses
des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**

Angaben zur Person (Antragsteller):

Titel, Name, Vorname:

Privatanschrift
(Straße, PLZ, Ort):

Telefon/Fax
(privat):

E-Mail:

Fachgebiet:

Ich beantrage Fördermittel gemäß Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für folgendes Vorhaben:

die freiberufliche Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit

durch Gründung einer neuen Vertragsarztpraxis

die Fortführung einer bestehenden Vertragsarztpraxis

Praxisanschrift
(vorauss.):

Planungsbereich:

Fachgebiet:

Beginn der
Niederlassung:

die dauerhafte Anstellung von Ärzten für die vertragsärztliche Tätigkeit

Titel, Name, Vorname des
angestellten Arztes:

Fachgebiet:

Privatanschrift:

Telefon/Fax:

eingetragen in das
Arztregister der KV:

unter der
Nummer:

geplanter Umfang der
Tätigkeit (Std./Woche):

Beginn Anstellung:

Betriebsstätte

Geplanter Ort der
Tätigkeit:

Nebenbetriebsstätte

Geplanter Ort der
Tätigkeit:

Ort, Datum, ggf. BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei
persönlicher Leistungserbringung) bzw. des
angestellten Arztes

Ansprechpartner:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Team Niederlassungsberatung
Tel: 0391 627-6335
Fax: 0391 627-875060
E-Mail: niederlassungsberatung@kvsa.de

.....
Antragsteller

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
z.Hd. Niederlassungsberatung
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

**Förderungen nach den Beschlüssen des Landesausschusses vom 21.03.2024
Anrechenbarkeit von externen Fördermitteln (Praxisgründungen/ -fortführungen)**

Laut § 4 (2) der Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu Unterversorgung, drohender Unterversorgung und zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf vom 21.03.2024 wurde festgelegt, dass nicht rückzahlbare Fördermittel von dritter Seite für die Praxisgründung oder – fortführung auf die Sicherstellungszuschläge angerechnet werden. Die Sicherstellungszuschläge werden um 80 Prozent der Zuwendung von dritter Seite gekürzt.

- c Ich versichere keine nichtrückzahlbaren Förderungen von dritter Seite für die Praxisgründung oder Praxisfortführung erhalten zu haben.
- c Ich habe nichtrückzahlbare Förderungen von dritter Seite für die Praxisgründung und Praxisfortführung erhalten.

è Die Förderung habe ich von folgender Stelle/Institution/u. a. erhalten:

.....
(Name/Bezeichnung, Anschrift)

è Diese Förderung hat folgende Gesamthöhe:

..... €

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Antragsteller

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
z.Hd. Niederlassungsberatung
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

**Förderungen nach den Beschlüssen des Landesausschusses vom 21.03.2024
Anrechenbarkeit von externen Fördermitteln (Anstellungen)**

Laut § 4 (2) der Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu Unter-
versorgung, drohender Unterversorgung und dringlichem Versorgungsbedarf vom 21.03.2024
wurde festgelegt, dass nicht rückzahlbare Fördermittel von dritter Seite für die Praxisgründung
oder -fortführung auf die Sicherstellungszuschläge angerechnet werden. Die Sicherstellungs-
zuschläge werden um 80 Prozent der Zuwendung von dritter Seite gekürzt.

c Ich versichere keine nichtrückzahlbaren Förderungen von dritter Seite für die
Anstellung von..... (Arztes/ Ärztin) erhalten zu haben.

c Ich habe nichtrückzahlbare Förderungen von dritter Seite für die Anstellung von
..... (Arztes/Ärztin) erhalten.

è Die Förderung habe ich von folgender Stelle/Institution/u. a. erhalten:

.....
(Name/Bezeichnung, Anschrift)

è Diese Förderung hat folgende Gesamthöhe:

..... €

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift