

**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

Frau Silva Brase

Tel: 0391 627-6338

Fax: 0391 627-8544

E-Mail: silva.brased@kvsade