

**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 Vorgaben:

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, Vorname, Name 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:

Erforderlicher Wohnortwechsel und hiermit verbundene Umzugskosten **aufgrund:**

Praxisneugründung

Praxisübernahme

Anstellung

bisherige Privatanschrift:

Privatanschrift nach Tätigkeitsaufnahme:

Umzugskosten:

(Maximal können 10.000,00 Euro erstattet werden. Belege sind im Original einzureichen.)

- aufgrund eines örtlichen beziehungsweise lokalen Bedarfs auf Ausschreibung der KV erfolgende Einrichtung einer Nebenbetriebsstätte**

(geplante)
Praxisanschrift:

Planungsbereich:

Fachgebiet:

Name, Fachgebiet
des dort tätigen
Arztes:

Umfang d. Tätigkeit
(Std./Woche):

Beginn der Tätigkeit:

Sprechstunden:

Montag:

Dienstag:

Mittwoch:

Donnerstag:

Freitag:

Samstag:

Ort, Datum, ggf. BSNR

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

Ansprechpartnerin:
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Frau Silva Brase
Tel.: 0391 627-6338
Fax: 0391 627-8544
e-mail: silva.brased@kvsad.de