

# Antrag auf Ausnahmetatbestand (Sonderbedarf)

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.

Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

Anstellung von Ärzten

## 1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

<b>LANR:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>
Facharztbezeichnung	
Schwerpunktbezeichnung / Zusatzbezeichnung	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

## 2. BEANTRAGUNG

**Der Antrag erfolgt aufgrund eines**

lokalen Versorgungsbedarfs

qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs

**Folgende Region soll vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden:**

**Im Einzugsgebiet wird einer Patientenzahl in Höhe von \_\_\_\_\_ pro Quartal gerechnet.**

**In der bekannten Region besteht eine unzureichende Versorgungslage, weil**

**Der Ort der Niederlassung ist für die beantragte Versorgung geeignet, weil**

**Es kommt zu Auswirkungen auf die bestehende Versorgungslage:**

ja

nein

Wenn ja, welche:

---

Ort/Datum

Name/Unterschrift des Antragstellers

