

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

LANR:

Titel:

Name:

Vorname(n):

Facharztbezeichnung

Schwerpunktbezeichnung / Zusatzbezeichnung

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

2. BEANTRAGUNG

Der Antrag erfolgt aufgrund eines

lokalen Versorgungsbedarfs

qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs



Im Einzugsgebiet wird einer Patientenanzahl in Höhe von pro Quartal gerechnet.

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

