

Merkblatt

Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE

Dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung

Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular

Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR

Gemäß § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,-- **pro Antrag** fällig, sobald Sie Ihren Antrag in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von zwei Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor. Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten zwei Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg

IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67

BIC: DAAEDEDXXX

III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN

Die Übersendung der Antragsunterlagen im Original samt Anlagen hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die vorgenannten Unterlagen auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben. Eine elektronische Übermittlung aller Unterlagen per Fax oder E-Mail ist nicht zulässig.

Die Antragsunterlagen sollten spätestens vier Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht, daher ist der Antrag rechtzeitig zu stellen.

Der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt tagt in der Regel alle zwei Monate. Die Termine entnehmen Sie bitte der Homepage der KVSA.

Bitte beachten Sie, dass über einen Antrag erst entschieden werden kann, wenn alle erforderlichen Unterlagen und Angaben vollständig eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.

IV. DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:

https://www.kvsa.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html

Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung

ZULASSUNGS-
AUSSCHUSS
SACHSEN-ANHALT

ZA

Zulassungsausschuss für Psychotherapeuten
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.

1. ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

Antragsteller (Arbeitgeber)

1. Praxisinhaber

BSNR:

Titel:

Name:

Vorname(n):

Psychologischer
Psychotherapeut

Kinder- und
Jugendpsychotherapeut

Psychotherapeutisch
tätiger Arzt

Fachgebiet

Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologische Psychotherapie

Analytische Psychotherapie

Systemische Psychotherapie

Behandlungsverfahren

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Psychotherapeutensitzes**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

(Bei Anstellung in einer **Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)** bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.)

2. UMWANDLUNG DER ANSTELLUNG IN EINE ZULASSUNG (gebührenpflichtig)

Ich/Wir beantrage(n) zum
Zulassung

(tt.mm.jjjj) die Umwandlung der Anstellung in eine

im Umfang eines

halben

dreiviertel

vollen

Versorgungsauftrages

für den Angestelltensitz von

Titel:

Name:

Vorname(n):

Der bisher angestellte Psychotherapeut wird Inhaber der
Zulassung.

Hinweis: Es erfolgt keine Ausschreibung. Bitte
separaten Zulassungsantrag einreichen.

Der bisher angestellte Psychotherapeut wird nicht
Inhaber der Zulassung und

Hinweis: Punkt 3 „Antrag auf Durchführung
eines Nachbesetzungsverfahrens“ ist ebenfalls
auszufüllen.

die Beschäftigung des bisher angestellten Psychotherapeuten **wurde** bereits beendet

zum (tt.mm.jjjj)

die Beschäftigung des bisher angestellten Psychotherapeuten **wird** ohne Vorbehalt
beendet

zum (tt.mm.jjjj)

Die Umwandlung der Zulassung bzw. Teilzulassung erfolgt immer für den bisherigen vom Zulassungsausschuss genehmigten
Beschäftigungsort.

3. ANTRAG AUF DURCHFÜHRUNG DES NACHBESETZUNGSVERFAHRENS (gebührenpflichtig)

Ich/Wir beantrage(n) die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens der Zulassung

für das Fachgebiet

Psychotherapeut

Kinder- und
Jugendpsychotherapeut

Psychotherapeutisch
tätiger Arzt

im Umfang eines

hälftigen

dreiviertel

vollen

Versorgungsauftrages

Die Praxisübernahme soll erfolgen durch:

Name des Übernehmers (sofern bereits bekannt)

Mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an die an einer Praxisübernahme interessierten Psychotherapeuten bin ich im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens einverstanden:

ja, vollständig Weitergabe

ja, aber beschränkt auf:

Privatanschrift

Praxisanschrift

4. ANTRAGSGEBÜHR

Die Antragsgebühr **zur Umwandlung der Anstellung in ein Zulassung** in Höhe von € 120,-
wurde überwiesen am (tt.mm.jjjj)

Angaben für Ihre Überweisung:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Magdeburg
IBAN: DE95 3006 0601 0003 1050 67
BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszwecke:

ZA-PT-002 / ZA / Name, Vorname Antragsteller

Ein Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr liegt bei.

Ort, Datum

Name/Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller

Formblatt 1 – Weitere Antragsteller
(Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben
sind Bestandteil des Antrages.)



2. Praxisinhaber	
Titel:	
Name:	Vorname(n):
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)
3. Praxisinhaber	
Titel:	
Name:	Vorname(n):
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)
4. Praxisinhaber	
Titel:	
Name:	Vorname(n):
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 4)
5. Praxisinhaber	
Titel:	
Name:	Vorname(n):
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)

