

KV RLP
Hauptverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Fax 06131 326-152

Antrag auf Job-Sharing-Zulassung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V als Vertragsarzt

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Fachgebiet

ggf. Schwerpunkt/Richtlinienverfahren

Vertragsarztsitz (PLZ/Ort/Straße)

Die Praxistätigkeit soll in Berufsausübungsgemeinschaft mit

Titel/Vorname/Name

ab

Job-Sharing-Partner von

aufgenommen werden.

■ Personalien

Titel/Vorname/Name

Geburtsdatum

Wohnort (PLZ/Ort/Straße)

Telefon

Telefax

E-Mail

■ Zur Zeit tätig

Funktion

derzeitiger Tätigkeitsumfang

Arbeitgeber

■ **Das Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis kann zum**

Datum

beendet bzw. im Umfang auf

Stunden/Woche

reduziert werden.

■ **Erklärung**

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich nicht innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegen.

■ **Bemerkungen**

■ **Nur für Internisten**

Ich beantrage die Zulassung als:

Hausarzt (ohne Schwerpunktbezeichnung)

fachärztlicher Internist

■ **Für Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie und für Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie**

Geplant ist:

eine ausschließlich (mehr als 90 %) psychotherapeutische Tätigkeit

eine überwiegende (mehr als 50 %) psychotherapeutische Tätigkeit

der psychotherapeutische Anteil wird eher nachrangig (weniger als 50 %) sein

■ **Für Nervenärzte und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung "Facharzt für Neurologie und Psychiatrie"**

Der Schwerpunkt meiner zukünftigen Tätigkeit wird voraussichtlich im Gebiet der

Psychiatrie

Neurologie

liegen.

■ **Folgende benötigte Unterlagen sind beigelegt:**

Gesellschaftsvertrag

Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Arztregister der KV RLP eingetragen) im Original oder als beglaubigte Abschrift

oder

Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister

Nachweise über die **nach** der Arztregistereintragung ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten sowie Urkunden über erworbene Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen im Original oder als beglaubigte Abschrift

unterschriebener Lebenslauf

Das behördliche Führungszeugnis

Belegart O bzw.

Belegart OE (für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln)

ist beantragt

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Die für die Bearbeitung des Antrages benötigten Unterlagen sind beigelegt.

Datum

Unterschrift

Hinweise

■ Über die zu entrichtende Antragsgebühr in Höhe von € 100,00 erhalten Sie eine separate Rechnung.

■ Eine Entscheidung über Ihren Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss (ZA) ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen **rechtzeitig (mindestens vier Wochen)** vor der nächsten Sitzung des ZA vorliegen. Andernfalls kann unter Umständen Ihr Antrag in der nächsten Sitzung des ZA nicht entschieden werden.

Fax: 0261 39002-5170

Genehmigungspflichtige Leistungen

Sollten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht werden, ist eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung zu beantragen.

Rückwirkende Genehmigungen sind nicht möglich.

Nachstehend haben wir Ihnen alle genehmigungspflichtigen Leistungen zusammengestellt.

Mit diesem Vordruck können Sie die entsprechenden Antragsunterlagen auf der Website unter dem Webcode: www.kv-rlp.de/223344 downloaden oder bei uns anfordern:

- Auf dem Postweg:
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Regionalzentrum Trier
Abt. Qualitätssicherung / I.7
Balduinstr. 10-14, 54290 Trier
- Per Fax: 0261 39002-5170
- Telefon-Service-Center: 06131 326-326
Bei Fragen werden Sie gerne mit einem Ansprechpartner der Abteilung Qualitätssicherung verbunden.

Nachfolgend angekreuzte Antragsformulare senden an:

.....
ggf. Titel Vorname, Name

.....
Anschrift (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

.....
Telefon

.....
LANR (falls bekannt)

- Arzt
- Psychologischer Psychotherapeut

Grund der Zusendung:

- Niederlassung / Ermächtigung ab: _____
- Nebenbetriebsstätte / Zweigpraxis
- Angestellter Arzt bei: _____
- Umzug
- Neues Gerät

Gewünschte Antragsformulare bitte ankreuzen oder mittels Webcode* auf unserer Website downloaden:

- | | | | |
|-----|--------------------------|---------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> | *453257 | Akupunktur |
| 2. | <input type="checkbox"/> | *987830 | Ambulante Operationen / stationersetzende Eingriffe |
| 3. | <input type="checkbox"/> | *959760 | Apherese |
| 4. | <input type="checkbox"/> | *739993 | Arthroskopie |
| 5. | <input type="checkbox"/> | *175044 | Balneophototherapie |
| 6. | <input type="checkbox"/> | *999501 | Chirotherapie |
| 7. | <input type="checkbox"/> | *425771 | Computertomographie |
| 8. | <input type="checkbox"/> | *410314 | Depression (Zusatzleistung) |
| 9. | <input type="checkbox"/> | *979132 | Diabetes-Begleiterkrankungen (Zusatzleistung) |
| 10. | <input type="checkbox"/> | *377890 | Diabetischer Fuß |
| 11. | <input type="checkbox"/> | *499027 | Dialyse |
| 12. | <input type="checkbox"/> | *894134 | Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger |
| 13. | <input type="checkbox"/> | *21764 | Disease Management Programm (DMP) Asthma bronchiale |
| 14. | <input type="checkbox"/> | *47865 | Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs |
| 15. | <input type="checkbox"/> | *21764 | Disease Management Programm (DMP) COPD |
| 16. | <input type="checkbox"/> | *48652 | Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 |
| 17. | <input type="checkbox"/> | *27548 | Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 |
| 18. | <input type="checkbox"/> | *32244 | Disease Management Programm (DMP) KHK |
| 19. | <input type="checkbox"/> | *37187 | Früherkennungsuntersuchungen (Zusatzleistung U10/U11/J2) |
| 20. | <input type="checkbox"/> | *244720 | Frühgeburten gesund schwanger |
| 21. | <input type="checkbox"/> | *131288 | Funktionsstörung der Hand |
| 22. | <input type="checkbox"/> | *693997 | Funktionsanalyse Herzschrittmacher |
| 23. | <input type="checkbox"/> | *158062 | Geriatrische Diagnostik |
| 24. | <input type="checkbox"/> | *35889 | Hausarztzentrierte Versorgung (Zusatzleistung) |
| 25. | <input type="checkbox"/> | *631847 | Hautkrebs-Screening (EBM) |
| 26. | <input type="checkbox"/> | *631847 | Hautkrebs-Screening (Zusatzleistung) |
| 27. | <input type="checkbox"/> | *631847 | Histopathologie -im Rahmen des Hautkrebs-Screening- |
| 28. | <input type="checkbox"/> | *956880 | HIV / AIDS |

- | | | | |
|-----|--------------------------|---------|---|
| 29. | <input type="checkbox"/> | *396104 | Hörgeräteversorgung |
| 30. | <input type="checkbox"/> | *140929 | Holmium-Laser-Verfahren |
| 31. | <input type="checkbox"/> | *81351 | Homöopathie -Strukturvertrag- (Zusatzleistung) |
| 32. | <input type="checkbox"/> | *462804 | Interventionelle Radiologie (Angiographie) |
| 33. | <input type="checkbox"/> | *337410 | Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM) |
| 34. | <input type="checkbox"/> | *403085 | Invasive Kardiologie |
| 35. | <input type="checkbox"/> | *489968 | Kapselendoskopie |
| 36. | <input type="checkbox"/> | *359968 | Kernspintomographie |
| 37. | <input type="checkbox"/> | *936761 | Knochendichtemessung |
| 38. | <input type="checkbox"/> | *153502 | Koloskopie (präventiv/kurativ) |
| 39. | <input type="checkbox"/> | *823671 | Künstliche Befruchtung |
| 40. | <input type="checkbox"/> | *599870 | Laboruntersuchungen
(Abschnitt 32.3 EBM nur bei persönlicher Durchführung) |
| 41. | <input type="checkbox"/> | *913555 | Langzeit-EKG |
| 42. | <input type="checkbox"/> | *239334 | Mammographie |
| 43. | <input type="checkbox"/> | *386108 | Methicillin resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) |
| 44. | <input type="checkbox"/> | *183548 | Molekulargenetik |
| 45. | <input type="checkbox"/> | *709428 | MR-Angiographie |
| 46. | <input type="checkbox"/> | *253755 | Neugeborenen-Screening (Labor - TMS) |
| 47. | <input type="checkbox"/> | *347076 | Neuropsychologische Therapie |
| 48. | <input type="checkbox"/> | *685923 | Nicht-ärztliche Praxisassistenten |
| 49. | <input type="checkbox"/> | *791356 | Nuklearmedizin |
| 50. | <input type="checkbox"/> | *766004 | Onkologie (onkologisch qualifizierter Arzt, Zusatzleistung) |
| 51. | <input type="checkbox"/> | *899913 | Otoakustische Emissionen |

- | | | | |
|-----|--------------------------|---------|--|
| 52. | <input type="checkbox"/> | *528200 | PET/CT |
| 53. | <input type="checkbox"/> | *676992 | Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| 54. | <input type="checkbox"/> | *973408 | Phototherapeutische Keratektomie |
| 55. | <input type="checkbox"/> | *582564 | Polygraphie |
| 56. | <input type="checkbox"/> | *803991 | Polysomnographie |
| 57. | <input type="checkbox"/> | *755823 | Psychosomatische Grundversorgung |
| 58. | <input type="checkbox"/> | *257636 | Psychotherapie
(tiefenpsychologisch fundiert, analytisch, Verhaltenstherapie) |
| 59. | <input type="checkbox"/> | *952299 | Radiologie |
| 60. | <input type="checkbox"/> | *940865 | Schmerztherapie |
| 61. | <input type="checkbox"/> | *940865 | Schmerztherapeutische Einrichtung |
| 62. | <input type="checkbox"/> | *782606 | Schwangerschaftsabbruch |
| 63. | <input type="checkbox"/> | *249909 | Sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (weiterführende) |
| 64. | <input type="checkbox"/> | *251264 | Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen |
| 65. | <input type="checkbox"/> | *645020 | Soziotherapie (Verordnung) |
| 66. | <input type="checkbox"/> | *405692 | Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| 67. | <input type="checkbox"/> | *289229 | Strahlentherapie |
| 68. | <input type="checkbox"/> | *894134 | Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger |
| 69. | <input type="checkbox"/> | *755823 | Übende und suggestive Techniken
(Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) |
| 70. | <input type="checkbox"/> | *271696 | Ultraschall |
| 71. | <input type="checkbox"/> | *356688 | Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle der Brust |
| 72. | <input type="checkbox"/> | *163613 | Zytologie (Karzinome der weiblichen Genitale) |

Datum

Unterschrift/Stempel