

Abteilung Sicherstellung  
Ressort Versorgung  
Fax 06131 326-327

Stempel

## Antrag auf Genehmigung der Tätigkeit als Entlastungsassistent gemäß § 32 Absatz 2 Ärzte-ZV

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

---

BSNR des Antragstellers

---

Titel, Vorname, Name

---

Facharztanerkennung | Richtlinienverfahren

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon

Telefax

---

E-Mail

■ **Ich beantrage**

---

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

---

Facharztanerkennung | Richtlinienverfahren

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon

Telefax

---

E-Mail

in der Zeit

mit

---

von – bis

---

Wochenarbeitszeit in Stunden

beschäftigen zu dürfen.

Die Beschäftigung erfolgt:

- gemäß § 32 Absatz 2 Satz 2 **Nr. 1** Ärzte-ZV, wenn dies aus Gründen der **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** erfolgt (zum Beispiel im Falle gesundheitlicher Einschränkungen)
- gemäß § 32 Absatz 2 Satz 2 **Nr. 2** Ärzte-ZV während Zeiten der **Erziehung von Kindern** bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei der Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss. Der Anspruch besteht **für jedes Kind einmalig** bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (§ 32 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Ärzte-ZV iVm § 7 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch - Achtes Buch - SGB VIII).
- gemäß § 32 Absatz 2 Satz 2 **Nr. 3** Ärzte-ZV während der **Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen** in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten

---

Datum

---

Unterschrift Antragsteller

**Folgende Unterlagen werden dem Antrag beigelegt:**

- Approbationsurkunde und Facharztanerkennung des anzustellenden Arztes | Anerkennung nach der Psychotherapeutenrichtlinie (entfällt, wenn bereits ein Eintrag in das Arztregister der KV RLP erfolgt ist)
- Aktuelles ärztliches Attest bei Entlastung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung
- Kopie Geburtsurkunde Kind(er) bei Erziehung von Kindern
- Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei Pflege eines nahen Angehörigen

## Hinweise:

- Eine Entscheidung über Ihren Antrag ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen vollständig und rechtzeitig vor Beginn der Tätigkeit des Entlastungsassistenten vorliegen.
- Der Name des Entlastungsassistenten muss – zusätzlich zum Praxisstempel – auf Rezepten und Verordnungen kenntlich gemacht werden.