



Zulassungsausschuss

c/o KV RLP
Hauptverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Fax 06131 326-327

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

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

Job-Sharing-Partner: Titel/Vorname/Name

Fachgebiet

ggf. Schwerpunkt/Richtlinienverfahren

ab *

* bitte beachten Sie, dass ein Tätigkeitsbeginn **nur zum Quartalsbeginn** möglich ist
aufgenommen werden.

- **Personalien des Antragstellers**

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 bzw. beantragt:

- Antrag Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
Das Antragsformular finden Sie auf unserer Website unter: www.kv-rlp.de/160288
- Gesellschaftsvertrag
- Auszug aus dem Arzt-/Psychotherapeutenregister (sofern nicht im Register der KV RLP eingetragen) im Original oder als beglaubigte Abschrift
oder
- Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister
- Nachweise über die **nach** der Registereintragung ausgeübten ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten sowie Urkunden über erworbene Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen im Original oder als beglaubigte Abschrift
- aktueller unterschriebener Lebenslauf
- Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG
- Erweitertes Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30a BZRG

Hinweis zur Beantragung eines Erweiterten Führungszeugnisses

- Für die Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Psychotherapeut, der ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt, ist die **Vorlage eines Erweiterten Führungszeugnisses erforderlich**.

Die Voraussetzungen nach § 30a Abs. 1 BZRG sind erfüllt.

- Bitte legen Sie der Meldebehörde neben Ihrem Ausweisdokument und der beiliegenden Bescheinigung zudem die Facharzturkunde vor. Damit kann die Meldebehörde nachvollziehen, dass die Zulassung für das entsprechende Fachgebiet beantragt wird. Lassen Sie das Führungszeugnis an folgende Anschrift senden:

Zulassungsausschuss
c/o Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

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

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Hinweise

- Eine Job-Sharing-Zulassung ist **nur zum Quartalsbeginn möglich**.
- 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.

**Bescheinigung zur Beantragung eines Führungszeugnisses zur
Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG
bzw. eines Erweiterten Führungszeugnisses nach § 30a BZRG**

Hiermit bescheinigt die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP), Körperschaft des öffentlichen Rechts, dass die Vorlage des Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG bzw. § 30a BZRG zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 18 Ärzte-ZV erforderlich ist.

Wir bitten um entsprechende Übersendung an:

Zulassungsausschuss
c/o Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Hauptverwaltung
Abt. Qualitätssicherung
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Fax 06131 326-327

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de

Telefon-Service-Center 06131 326-326

Genehmigungspflichtige Leistungen für Ärzte

Nachstehend haben wir Ihnen alle genehmigungspflichtigen Leistungen zusammengestellt.
Mit diesem Vordruck können Sie die entsprechenden Antragsunterlagen bei uns anfordern
oder herunterladen.

Ohne eine erteilte Genehmigung ist eine Vergütung der erbrachten Leistungen nicht möglich.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Nachfolgend angekreuzte Antragsformulare senden an:

.....
ggf. Titel Vorname, Name

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

Telefon

.....
Lebenslange Arztnummer LANR

Grund der Zusendung:

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

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

1. [*453257](#) Akupunktur
2. [*987830](#) Ambulante Operationen / stationersetzende Eingriffe
3. [*959760](#) Apherese
4. [*739993](#) Arthroskopie
5. [*175044](#) Balneophototherapie
6. [*619444](#) Blasenfunktionsstörungen / Botoxbehandlung (EBM)
7. [*999501](#) Chirotherapie (EBM)
8. [*425771](#) Computertomographie
9. [*410314](#) Depression (Zusatzleistung)
10. [*979132](#) Diabetes-Begleiterkrankungen (Zusatzleistung)
11. [*377890](#) Diabetischer Fuß
12. [*499027](#) Dialyse
13. [*894134](#) Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger
14. [*21764](#) Disease Management Programm (DMP) Asthma bronchiale
15. [*47865](#) Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs
16. [*21764](#) Disease Management Programm (DMP) COPD
17. [*48652](#) Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1
18. [*27548](#) Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2
19. [*32244](#) Disease Management Programm (DMP) KHK
20. [*37187](#) Früherkennungsuntersuchungen (Zusatzleistung U10/U11/J2)
21. [*244720](#) Frühgeburten gesund schwanger
22. [*131288](#) Funktionsstörung der Hand
23. [*158062](#) Geriatrische Diagnostik für Inhaber des Fachkundenachweises
24. [*158062](#) Geriatrische Diagnostik für Inhaber mit Zusatz-/Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“ oder mit fakultativer Weiterbildung „Klinische Geriatric“
25. [*35889](#) Hausarztzentrierte Versorgung (Zusatzleistung)

- 26. [*631847](#) Hautkrebs-Screening (EBM)
- 27. [*631847](#) Hautkrebs-Screening (Zusatzleistung)
- 28. [*631847](#) Histopathologie -im Rahmen des Hautkrebs-Screening-
- 29. [*956880](#) HIV / AIDS
- 30. [*396104](#) Hörgeräteversorgung
- 31. [*81351](#) Homöopathie -Strukturvertrag- (Zusatzleistung)
- 32. [*377890](#) Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom
- 33. [*462804](#) Interventionelle Radiologie (Angiographie)
- 34. [*337410](#) Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
- 35. [*403085](#) Invasive Kardiologie
- 36. [*489968](#) Kapselendoskopie
- 37. [*359968](#) Kernspintomographie
- 38. [*936761](#) Knochendichtemessung
- 39. [*153502](#) Koloskopie (präventiv/kurativ)
- 40. [*823671](#) Künstliche Befruchtung
- 41. [*599870](#) Laboruntersuchungen
(Abschnitt 32.3 EBM nur bei persönlicher Durchführung)
- 42. [*913555](#) Langzeit-EKG
- 43. [*140929](#) Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndrom
- 44. [*239334](#) Mammographie
- 45. [*386108](#) Methicillin resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)
- 46. [*183548](#) Molekulargenetik
- 47. [*709428](#) MR-Angiographie
- 48. [*253755](#) Neugeborenen-Screening (Labor - TMS)
- 49. [*347076](#) Neuropsychologische Therapie
- 50. [*685923](#) Nicht-ärztliche Praxisassistenten

- | | | | |
|-----|--------------------------|-------------------------|--|
| 51. | <input type="checkbox"/> | *791356 | Nuklearmedizin |
| 52. | <input type="checkbox"/> | *766004 | Onkologie (onkologisch qualifizierter Arzt, Zusatzleistung) |
| 53. | <input type="checkbox"/> | *899913 | Otoakustische Emissionen |
| 54. | <input type="checkbox"/> | *906272 | Palliativmedizin |
| 55. | <input type="checkbox"/> | *528200 | PET/CT |
| 56. | <input type="checkbox"/> | *676992 | Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| 57. | <input type="checkbox"/> | *973408 | Phototherapeutische Keratektomie |
| 58. | <input type="checkbox"/> | *582564 | Polygraphie |
| 59. | <input type="checkbox"/> | *803991 | Polysomnographie |
| 60. | <input type="checkbox"/> | *755823 | Psychosomatische Grundversorgung |
| 61. | <input type="checkbox"/> | *257636 | Psychotherapie
(tiefenpsychologisch fundiert, analytisch, Verhaltenstherapie) |
| 62. | <input type="checkbox"/> | *952299 | Radiologie |
| 63. | <input type="checkbox"/> | *72614 | Rheuma-VOR (Zusatzleistung) |
| 64. | <input type="checkbox"/> | *506216 | Rhythmusimplantat-Kontrolle |
| 65. | <input type="checkbox"/> | *940865 | Schmerztherapie |
| 66. | <input type="checkbox"/> | *940865 | Schmerztherapeutische Einrichtung |
| 67. | <input type="checkbox"/> | *782606 | Schwangerschaftsabbruch |
| 68. | <input type="checkbox"/> | *249909 | Sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (weiterführende) |
| 69. | <input type="checkbox"/> | *251264 | Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen |
| 70. | <input type="checkbox"/> | *645020 | Soziotherapie (Verordnung) |
| 71. | <input type="checkbox"/> | *405692 | Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| 72. | <input type="checkbox"/> | *289229 | Strahlentherapie |
| 73. | <input type="checkbox"/> | *894134 | Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger |
| 74. | <input type="checkbox"/> | *614366 | Telekonsil |

75. [*755823](#) Übende und suggestive Techniken
(Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose)
76. [*271696](#) Ultraschall
77. [*356688](#) Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle der Brust
78. [*894016](#) Videosprechstunde
79. [*957494](#) Willkommen Baby (DAK-Vertrag)
80. [*163613](#) Zytologie (Karzinome der weiblichen Genitale)

Datum

Unterschrift/Stempel

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Hauptverwaltung
Abt. Qualitätssicherung
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Fax 0261 39002-170

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de

Telefon-Service-Center 06131 326-326

Genehmigungspflichtige Leistungen für Psychologische Psychotherapeuten

Nachstehend haben wir Ihnen alle genehmigungspflichtigen Leistungen zusammengestellt.
Mit diesem Vordruck können Sie die entsprechenden Antragsunterlagen bei uns anfordern oder auf unserer Website herunterladen. Zahlreiche spezielle Informationen rund um die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit und die ambulante psychotherapeutische Versorgung finden Sie unter dem Webcode [604514](#)

Ohne eine erteilte Genehmigung ist eine Vergütung der erbrachten Leistungen nicht möglich.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Nachfolgend angekreuzte Antragsformulare senden an:

.....
ggf. Titel Vorname, Name

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

.....
Lebenslange Arztnummer

Grund der Zusendung:

- Niederlassung / Ermächtigung ab: _____
- Nebenbetriebsstätte / Zweigpraxis
- Angestellter Psychologischer Psychotherapeut bei: _____
- Umzug

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

1. [*257636](#) Analytische Psychotherapie
2. [*257636](#) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
3. [*257636](#) Verhaltenstherapie
4. [*755823](#) Autogenes Training
5. [*755823](#) Hypnose
6. [*755823](#) Jacobsonsche Relaxationstherapie
7. [*264282](#) Depression (Zusatzleistung)
8. [*257636](#) EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)
9. [*347076](#) Neuropsychologische Therapie
10. [*645020](#) Soziotherapie (Verordnung)

Datum

Unterschrift/Stempel