

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax **06131 326-327**

Stempel

**Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes nach Absolvierung der
für ein Fachgespräch erforderlichen Weiterbildungszeiten bis zur Sitzung des
Zulassungsausschusses in der vertragsärztlichen Versorgung (Assistenten-
Richtlinie)**

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

Zulassung als

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

■ Ich stelle hiermit den Antrag

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

in der Zeit

von – bis (längstens für sechs Monate)

wöchentliche Arbeitszeit

bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses beschäftigen zu dürfen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Folgendes ist dem Antrag beigefügt:

Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über die Anmeldung zum Facharztgespräch

Hinweise:

- Eine Entscheidung über den Antrag ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen vollständig und rechtzeitig (mindestens vier Wochen) vor Beginn der Tätigkeit des Arztes vorliegen.
- Der Name des Assistenten muss – zusätzlich zum Praxisstempel – auf Rezepten und Verordnungen kenntlich gemacht werden.
- Die Abrechnung des angestellten Arztes vor Zulassung durch den Zulassungsausschuss erfolgt unter der LANR des antragstellenden Arztes.
- Die Genehmigung des Assistenten erfolgt bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses oder für längstens sechs Monate.

Anlage 1

Absichtserklärung zur späteren Übernahme, Kooperation oder Anstellung

- Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass eine Kooperation oder Niederlassung in Rheinland-Pfalz nach Ablegen der Facharztprüfung und Zulassung geplant ist.

Datum

Unterschrift des anzustellenden Arztes

Datum

Unterschrift(en) des/der Praxisinhaber(s) bei geplanter Kooperation