

Abteilung Sicherstellung  
Ressort KV Aufgaben/Sonderaufgaben  
Fax 06131 326-327  
E-Mail: [praxisabwesenheit@kv-rlp.de](mailto:praxisabwesenheit@kv-rlp.de)

Stempel

## Antrag auf Genehmigung der Tätigkeit als Entlastungsassistentz oder als Sicherstellungsassistentz bei berufspolitischer | wissenschaftlicher Tätigkeit

### 1. Antragstellende / Antragstellender

- Medizinisches Versorgungszentrum     Berufsausübungsgemeinschaft     Einzelpraxis

Betriebsstättennummer (BSNR)

Ärztliche Leitung / bevollmächtigte Person

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

### 2. Assistenz

Geschlecht     männlich     weiblich     divers

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Die beantragte Assistenz soll wie folgt zugeordnet werden:

- der oder dem Antragstellenden persönlich
- folgender Vertragsärztin / Vertragspsychotherapeutin oder folgendem Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut

---

Titel / Vorname / Name

Fachrichtung

Die Assistenz soll beschäftigt werden in der Zeit

---

von – bis (TT.MM.JJJJ)

- Die Beschäftigung erfolgt im Rahmen der Entlastungsassistenz gemäß § 32 Absatz 2 Ärzte-ZV:
  - aus Gründen der **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung**,
    - im Falle gesundheitlicher Einschränkung
    - im Falle berufspolitischer | wissenschaftlicher Tätigkeit
  - 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 18. Lebensjahres,
  - während der **Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen** in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.
  
- Die Beschäftigung erfolgt im Rahmen meiner berufspolitischen | wissenschaftlichen Tätigkeit, gemäß Assistenz-Richtlinie welche durchschnittlich mindestens 20 Stunden im Monat beträgt:

Angaben zu meiner berufspolitischen | wissenschaftlichen Tätigkeit:

---

Art der Tätigkeit Zeitaufwand pro Monat in Stunden

---

Art der Tätigkeit Zeitaufwand pro Monat in Stunden

---

Art der Tätigkeit Zeitaufwand pro Monat in Stunden

**Folgende Unterlagen werden dem Antrag beigelegt:**

- Approbationsurkunde und Facharztanerkennung beziehungsweise Anerkennung nach der Psychotherapeutenrichtlinie der Assistenz (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
- Nachweis über die berufspolitische | wissenschaftliche Tätigkeit (zum Beispiel Honorarvertrag)

■ Ich bestätige,

- im zeitlichen Zusammenhang mit diesem Antrag keine weiteren Anträge auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Assistenz (zum Beispiel Sicherstellungsassistenz im Rahmen einer Kennlernphase oder nach erfolgter Praxisübergabe) gestellt zu haben.
- dass unter dem oder der Anstellenden derzeit keine weitere Assistenz (zum Beispiel Sicherstellungsassistenz im Rahmen einer Kennlernphase oder nach erfolgter Praxisübergabe) beschäftigt ist.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift der / des Antragstellenden

**Hinweise:**

- Eine Entscheidung über Ihren Antrag ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen vollständig und rechtzeitig vor Beginn der Tätigkeit der Assistenz vorliegen.
- Der Name der Assistenz muss – zusätzlich zum Praxisstempel – auf Rezepten und Verordnungen kenntlich gemacht werden.
- Die von der Assistenz erbrachten Leistungen sind unter der lebenslangen Arztnummer der zugeordneten Ärztin / Psychotherapeutin oder des zugeordneten Arztes / Psychotherapeuten abzurechnen.