



Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Zulassungsausschuss Ärzte Dresden
Postfach 11 64
09070 Chemnitz

**Antrag auf Erhöhung
des Anrechnungsfaktors eines angestellten Arztes**

1. Anstellender Arzt/anstellende BAG/anstellendes MVZ

Vertragsarzt/BAG

.....
Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....
Fachgebiet

MVZ

.....
MVZ-Name

.....
Name ärztlicher Leiter

.....
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

2. Angaben angestellter Arzt

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Fachgebietsbezeichnung (ggf. Schwerpunktbezeichnung)

.....
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Str., Hausnummer)

3. Antrag Erhöhung Anrechnungsfaktor

aktueller Anrechnungsfaktor	Antrag <u>zukünftiger</u> Anrechnungsfaktor			
	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0				
0,75	<input type="checkbox"/>			
0,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0,25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

mit Wirkung ab dem

Datum der Änderung

Hinweis: Mindestarbeitszeiten bei Anstellung

bei Anrechnungsfaktor 0,25: mind. 6,25 h/Woche und bis zu 10 h/Woche
 bei Anrechnungsfaktor 0,50: mind. 12,5 h/Woche und bis zu 20 h/Woche
 bei Anrechnungsfaktor 0,75: mehr als 20 h/Woche und bis zu 30 h/Woche
 bei Anrechnungsfaktor 1,0: mehr als 30 h/Woche

Die Änderung des Anrechnungsfaktors der Anstellung ist durch Vorlage des entsprechend angepassten Arbeitsvertrages nachzuweisen!

Die Anstellung erfolgt im Rahmen der Nachbesetzung von:

.....
 Bisher Angestellter

Die Anstellung erfolgt im Zusammenhang mit der Übernahme der Praxis von:

.....
 Name Praxisabgeber, PLZ, Ort

Die Anstellung soll im geöffneten Planungsbereich erfolgen:

.....
 Name Planungsbereich

4. Versicherungsbestätigung anstellende(s) Praxis/MVZ

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i. V. m. § 95e SGB V als **Anlage**

5. Antragsgebühren

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **60,- €** zu entrichten, vgl. § 46, Absatz 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte- ZV). Diese wird durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Zahlungen bitte erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer vornehmen.**

Eine Antragsbearbeitung erfolgt zudem erst nach Einzahlung der Gebühr.

Hinweise Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....
Ort, Datum

.....
MVZ-Vertretungsberechtigter

.....
Ärztlicher Leiter MVZ