



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Chemnitz (Psychotherapie)  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

## Antrag auf Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung

### I. Antrag

#### 1. Antragsteller

---

Praxisinhaber/BAG-Name/MVZ-Name

---

Anschrift Betriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

#### 2. Wandlungserklärung

Umwandlung der genehmigten Anstellung von<sup>1</sup>

---

Titel, Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Fachgebietsbezeichnung

---

bisher beschäftigt in der Betriebsstätte (Beschäftigungsort)

Hinweis: Die Zulassung erfolgt für den bisherigen Beschäftigungsort. Ist durch den künftigen Zulassungsinhaber allerdings eine Praxisführung an einem anderen Praxisstandort geplant, dann ist in einem gesonderten Verfahren die **Verlegung des Vertragspsychotherapeutesitzes** zu beantragen.

---

<sup>1</sup> Siehe auch Abschnitt II.

### 3. Wandlungsfolgen

bisherige Anstellung <sup>1</sup>	Umwandlung in Zulassung mit folgendem Versorgungsauftrag			
	0,25 <sup>2</sup>	0,5	0,75	1,0
<input type="checkbox"/> Vollzeitanstellung im Umfang von 1,0	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,75	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,5	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,25	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>			

Hinweise:

<sup>1</sup> Bei einer Umwandlung in eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag bei gleichzeitiger Reduzierung des Umfangs der bisherigen vollzeitigen Anstellung ist ein geänderter Arbeitsvertrag vorzulegen.

<sup>2</sup> Wandlung **nur** zur Aufstockung bereits bestehender Zulassungen mit mindestens hälftigen Versorgungsauftrag

### 4. Folgen der Umwandlung

- Der bisher angestellte Arzt/Psychotherapeut soll Inhaber einer Zulassung mit folgendem Versorgungsauftrag werden ....
  - voller Versorgungsauftrag (1,0 Zulassung)
  - drei Viertel Versorgungsauftrag (0,75 Zulassung)
  - hälftiger Versorgungsauftrag (0,5 Zulassung).
  
- Der Vertragspsychotherapeutensitz soll mit einem anderen Arzt/Psychotherapeuten im Wege einer Nachfolgezulassung besetzt werden.

Die Umwandlung soll nur unter der Bedingung erfolgen, dass ein Nachfolger für den umgewandelten Vertragsarztsitz zugelassen wird, vgl. Abschnitt I.3. dieses Formulars.

In diesem Fall ist gleichzeitig mit dem Antrag auf Umwandlung der Anstellung ein Antrag auf Ausschreibung des Vertragspsychotherapeutensitzes bei der KV Sachsen zu stellen. Der Antrag liegt bei (**Anlage 1**).

### 5. Zeitpunkt der Umwandlung/Zulassung

mit Wirkung zum \_\_\_\_\_

**Die bisherige Anstellung wird zum genannten Zeitpunkt entsprechend beendet/reduziert.**



### 3. Vorlage Versicherungsbestätigung für die künftige Praxis

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)  
in Verbindung mit § 95e Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) als **Anlage**

### 4. Besonderer Abrechnungshinweis

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt gegenüber der KV Sachsen muss nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **Online** durchgeführt werden.

### 5. Besondere Erklärungen

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht **drogen- und alkoholabhängig** bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen **Drogen- oder Alkoholabhängigkeit** unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

### Hinweise Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).

**Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt. Von den besonderen Hinweisen habe ich Kenntnis erlangt.**

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des bisher angestellten Arztes/Psychotherapeuten

### Anlagen

Ausschreibungsauftrag

bei Umwandlung in Zulassung  
ohne öffentliche Ausschreibung:

Versicherungsbestätigung

Erhebungsbogen Qualitätssicherung