



Zulassungsausschüsse Ärzte Sachsen  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

Bitte wählen Sie Ihren  
Zulassungsbezirk aus:

- Chemnitz  
 Dresden  
 Leipzig

E-Mail: [zulassung@kvsachsen.de](mailto:zulassung@kvsachsen.de)

Fax: 0371 2789-4305

**Antrag  
auf Erbringung fachärztlicher Leistungen  
gemäß § 73 Abs. 1a S. 3 SGB V**

**Antragssteller**

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name/ Bezeichnung der BAG/Träger des MVZ

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
bei BAG/MVZ: Name Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
falls abweichend: Name des MVZ, in dem der Angestellte tätig ist

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztsitz (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

**Antragstellung**

Zwingende Voraussetzung für die Genehmigung der Erbringung fachärztlicher Leistungen ist die bereits vorhandene Genehmigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung oder Anstellung). Die Genehmigung ist durch den Zulassungsausschuss zeitlich zu befristen und kann nur erteilt werden, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten nicht gewährleistet ist. Die Fortführung der Genehmigung bedarf daher der erneuten Antragsstellung und Genehmigung.

Ich beantrage die **Genehmigung zur Erbringung fachärztlicher Leistungen** gemäß [§ 73 Abs. 1a S. 3 SGB V](#)

für mich selbst

für einen angestellten Arzt: \_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

Es handelt sich um einen **Neuantrag**

**im Fachgebiet**

Kinder- und Jugendmedizin

Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung

für folgende Leistungen:

Leistungsspektrum	alle zur jeweiligen Leistung gehörigen Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM			

Ich beantrage die **Verlängerung** der bisher Genehmigung im erteilten Umfang.

Die bestehende Genehmigung endet am (tt.mm.jjjj): \_\_\_\_\_  
Datum

**Begründung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Wann wird mein Antrag für den ZA terminiert?

Unser Ziel ist die schnellstmögliche Bearbeitung und Abwicklung Ihres Antrages. Um dies einhalten zu können benötigen wir daher zwingend ein vollständig ausgefülltes Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Unterlagen. Wir weisen darauf hin, dass unvollständige Anträge nicht durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden und unter Umständen zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Bitte beachten Sie, dass statusbegründende oder statusändernde Entscheidungen (z. B. Zulassungen, Anstellungen, Ermächtigungen, Verlegungen, Ruhen...) nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden können. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

Bitte stellen Sie Ihren Antrag daher rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem geplanten [Sitzungstermin](#). Für bedarfsabhängige Anträge (z. B. Sonderbedarf, Ermächtigung) sowie die Gründung eines MVZ gilt eine dreimonatige Antragsfrist.

Die vorstehenden Fristen gelten nicht für Zulassungsanträge im Nachbesetzungsverfahren, bei denen eine [Ausschreibung](#) notwendig ist, oder bei einer [Entsperrung des Planungsbereichs](#); hier gelten besondere Bewerbungsfristen, die den Veröffentlichungen zu entnehmen sind.

### In welcher Form muss der Antrag eingereicht werden?

Der Antrag ist nach §§ 24 Ärzte-ZV, 18 Abs. 1 Ärzte-ZV schriftlich zu stellen und unterschrieben in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses (entweder per Post, E-Mail ([pdf](#)) oder Fax) einzureichen. Um zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, bitten wir Sie ausdrücklich auf eine Mehrfachübermittlung zu verzichten.

Bitte beachten Sie, dass der von Ihnen eingereichte Antrag an den Zulassungsausschuss und beigefügte Unterlagen digitalisiert und nach einer entsprechenden Frist vernichtet werden. Eine Rücksendung der Unterlagen, insbesondere von Arbeitsverträgen, durch die Geschäftsstelle ist daher nicht möglich.

### Wann kann ich meine Tätigkeit aufnehmen?

Um eine rechtzeitige verwaltungsgemäße Umsetzung Ihres Antrages zu gewähren, ist eine Tätigkeitsaufnahme grundsätzlich nur zum Monatsbeginn möglich. Gründungen von Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ sind ausschließlich zum Quartalswechsel zulässig.

### Genehmigungspflichtige Leistungen:

Bitte beachten Sie, dass die Erbringung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen einer zusätzlichen Genehmigung des Ressorts Qualität/116 117 Sachsen – Fachbereich Qualitätssicherung der KVS bedürfen. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden. Welche Leistungen der Genehmigungspflicht unterliegen, entnehmen Sie bitte unserer [Homepage](#). Genehmigungspflichtige Leistungen, die ohne vorherige Genehmigung erbracht werden, werden nicht vergütet.

- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen und werde die entsprechenden Antragsunterlagen im [Formularcenter zur Zulassung und Niederlassung](#) downloaden oder mich direkt mit dem Fachbereich Qualitätssicherung in Verbindung setzen.
- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich beabsichtige jedoch keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

Bei Rückfragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen steht Ihnen der Fachbereich Qualitätssicherung unter [qualitaetssicherung@kvsachsen.de](mailto:qualitaetssicherung@kvsachsen.de) oder unter der Telefonnummer 0351 8290-6553 zur Verfügung.

**Antragsgebühr:**

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von 120,- € zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 lit. c) Ärzte-ZV. Die Gebühr wird mit der Antragsstellung fällig. Diese wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

**Datenschutz:**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf Grundlage der §§ 95,98 SGB V i. V. m. Ärzte-ZV erhoben und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.

Die Datenverarbeitung ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1c) DSVO für die Aufgabenerfüllung der KVS erforderlich. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de).

**Beratungsservice:**

Haben Sie Fragen? Die Mitarbeiter der KVS beantworten Ihre Fragen gern. Ihre konkreten Ansprechpartner finden Sie unter [www.kvsachsen.de/fuer-praxen/beratung-service](http://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/beratung-service).

---

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen und Anhänge sind Bestandteil dieses Antrags.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift