



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 Verlegung des Vertragsarztsitzes

### Antragsteller

**Praxis**

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

**MVZ**

\_\_\_\_\_  
Name des MVZ

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Leiter

\_\_\_\_\_  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

### Antragstellung

Beantragt wird die Verlegung

- des derzeitigen Vertragsarztsitzes/MVZ-Standortes
- einer genehmigten Anstellung:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet

von: \_\_\_\_\_  
bisheriger Sitz

nach: \_\_\_\_\_  
zukünftiger Sitz

mit Wirkung ab: \_\_\_\_\_  
Datum

**Hinweis:** Sind von der Verlegung der Praxis mehrere Ärzte betroffen, ist für jeden Arzt gesonderter Antrag auf Verlegung zu stellen.

**Begründung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Antragsunterlagen**

**Dem schriftlich einzureichenden Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- Bei Verlegung eines **Angestelltensitzes:**  
Ergänzung zum Arbeitsvertrag, aus dem sich der neue Tätigkeitsort des Arztes ergibt

**Hinweise zur Antragsstellung**

**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 eingereichten 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.

### **Verlegung eines Sonderbedarfs**

Die Verlegung einer Sonderbedarfszulassung bzw. -anstellung ist ausschließlich innerhalb einer Gemeinde möglich. Soweit der Sonderbedarf an einem anderen Standort ausgeübt werden soll, ist ein neuer Antrag auf Sonderbedarfszulassung bzw. Sonderbedarfsanstellung zu stellen.

### **Verlegung bei vorliegender Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte**

Wird ein Vertragsarztsitz von einer genehmigten Nebenbetriebsstätte an einen anderen Ort verlegt, entfällt die Genehmigung. In diesem Fall ist die erneute Beantragung einer [Nebenbetriebsstätte](#) erforderlich.

### **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