Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Antrag auf Ruhen der Zulassung

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss kein rückwirkendes Ruhen der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit beschließen darf. **Eine Genehmigung des Ruhens darf nur mit Wirkung für die Zukunft erteilt werden.** Daher beantragen Sie das Ruhen der Zulassung rechtzeitig (mind. 4 Wochen) vor der nächsten Sitzung des Zulassungsausschusses (den Sitzungsplan finden Sie im Internet www.kvhb.de)

Gebühren:

Für Ihren Antrag wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. c) Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Ruhensantrag“ angeben)

❒ **Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro**

überwiesen am_____ **(der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)**

Antragsteller/-in:

Titel, Vorname, Name Geburtsdatum	
Facharztbezeichnung/-en ggf. Schwerpunktbez.	
Kontaktdaten für Anfragen zur Patientenkartei	E-Mail: Telefon:
In BAG niedergelassen mit (Name der Partner der BAG)	

Ich beantrage das Ruhen meiner Zulassung in folgendem Umfang:

❒ **vollständiges Ruhen**
❒ **½ Ruhen**
❒ **¾ Ruhen**
❒ **¼ Ruhen (nur bei vollem oder ¾ Versorgungsauftrag**

ab dem _____ bis zum _____ .

Falls Sie in einer BAG (Gemeinschaftspraxis) zugelassen sind und Ihre Zulassung vollständig ruhen soll:

❒ **Ich erkläre, dass ich mit Genehmigung des vollständigen Ruhens meiner Zulassung aus der bestehenden BAG _____ ausscheide.**

Meinen Antrag auf Ruhen der Zulassung der vertragsärztlichen Tätigkeit begründe ich in der Anlage zu diesem Antrag.

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

Ort/Datum:_____

Name und Unterschrift Antragsteller/-in: _____

Anlage zum Antrag auf Ruhen der Zulassung:

Begründung:

(Bitte begründen Sie Ihren Antrag und geben an, ob, wann und in welchem Umfang die Wiederaufnahme Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zu erwarten ist. Bei gesundheitlichen Gründen für das Ruhen der Zulassung reichen Sie bitte ein ärztliches Attest mit ein, aus dem die voraussichtliche Dauer und mögliche Wiederaufnahme hervorgeht.)

Der Zulassungsausschuss kann das Ruhen der Zulassung beschließen, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder ausübt, die Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegen stehen (§ 95 Abs. 5 SGB V und § 26 Abs. 1 Ärzte-ZV).