

Name des Notarztes

BSNR

Bezirksstelle

Per E-Mail an: notarztbayern@teufel-berater.de

Fragebogen Notärzte in Bayern

Hinweis: Ihre Angaben dienen der Klärung der Fragen, ob und wenn ja in welchem Umfang die Honorare aus Ihrer Tätigkeit als Notarzt in Bayern der Beitragspflicht in der Sozialversicherung unterliegen. Um diese Fragen zutreffend beurteilen zu können, benötigen wir aufgrund des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IV) von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten.

In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 28o Absatz 1 SGB IV. Danach sind Sie verpflichtet, uns alle Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Die erforderlichen Angaben können Sie am PC eintragen, abspeichern und ausdrucken. Falls Sie den Fragebogen handschriftlich ausfüllen, verwenden Sie bitte Druckschrift und achten auf die Leserlichkeit Ihrer Angaben. Dies erleichtert die zeitnahe Bearbeitung Ihrer Unterlagen.

Bitte reichen Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben, bevorzugt per E-Mail, bei der von uns mit der Angelegenheit beauftragten Steuerberatungsgesellschaft Rainer Teufel & Partner GmbH, Gravenreutherstraße 2, 95445 Bayreuth, ein: notarztbayern@teufel-berater.de.

Für Rückfragen steht Ihnen die Steuerberatungsgesellschaft Rainer Teufel & Partner GmbH sowohl unter der oben genannten E-Mail-Adresse als auch unter der eigens für Notärzte in Bayern eingerichteten Hotline **0921/789-44-90** zur Verfügung.

1. KVB-Zuordnung des Notarztes

Bezirksstelle:	BSNR:
-----------------------	--------------

(bitte einfügen, sofern bekannt)

2. Persönliche Angaben des Notarztes

Familiennamen		Vorname	
Ggf. Geburtsnamen		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz		PLZ, Ort	
Sozialversicherungsnummer		Geschlecht	
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit		E-Mail-Adresse	
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefonnummer	

Name des Notarztes

BSNR

Bezirksstelle

3. Beginn der Tätigkeit als Notarzt in Bayern

Besteht bereits eine Kooperationsvereinbarung über die Teilnahme am Notarztdienst?

Ja / Datum des Tätigkeitsbeginns als Notarzt in Bayern: _____

Nein / Datum des voraussichtlichen Tätigkeitsbeginns als Notarzt in Bayern: _____

4. Angaben zur Klärung der Haupt- oder Nebenberuflichkeit der Notarztztätigkeit gemäß § 23c Abs. 2 SGB IV

Wichtiger Ausfüllhinweis:

Fall 1: Es besteht noch keine Kooperationsvereinbarung:

wenn Sie eine der nachfolgenden Fragen bei den Ziffern 4.1 bis 4.3 mit „ja“ beantworten sollten, sind Sie nebenberuflich als Notarzt tätig. Sozialversicherungsbeiträge auf Ihr Notarzthonorar fallen nicht an. Fahren Sie daher bitte nach Beantwortung der Fragen unter Ziffer 4 direkt mit Ziffer 6 (Erklärung und Unterschrift) fort. Das Ausfüllen der Fragen in Ziffer 5 ist in diesem Falle nicht mehr erforderlich. Bitte denken Sie daran, die Steuerkanzlei Teufel & Partner rechtzeitig gesondert zu informieren, falls sich Ihre Angaben bei den Ziffern 4.1. bis 4.3 zukünftig ändern sollten.

Fall 2: Es besteht bereits eine Kooperationsvereinbarung:

bitte beantworten Sie die Fragen bei Ziffern 4.1 bis 4.4. Wenn Sie eine der nachfolgenden Fragen bei den Ziffern 4.1 bis 4.3 mit „ja“ beantworten sollten und diese Angaben für die gesamte Tätigkeitsdauer (frühestens ab dem 01.01.2024) gültig sind (vergleiche Frage unter Ziffer 4.4), sind Sie nebenberuflich als Notarzt tätig. Sozialversicherungsbeiträge auf Ihr Notarzthonorar fallen nicht an. Fahren Sie daher bitte nach Beantwortung der Fragen unter Ziffer 4.1 bis 4.4 direkt mit Ziffer 6 (Erklärung und Unterschrift) fort. Das Ausfüllen der Fragen in Ziffer 5 ist in diesem Falle nicht mehr erforderlich.

4.1. Tätigkeit von regelmäßig mindestens 15 Stunden außerhalb des Rettungsdienstes

Üben Sie die Notarztztätigkeit neben einer anderen Beschäftigung außerhalb des Rettungsdienstes aus, die einen Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich erreicht?

Ja / Nein

Wenn ja: bitte nennen Sie Name und Adresse Ihres Hauptarbeitgebers:

Name des Hauptarbeitgebers	
Adresse des Hauptarbeitgebers	

4.2. Tätigkeit als Vertragsarzt

Üben Sie die Notarztztätigkeit neben einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt aus?

Ja / Nein

4.3. Tätigkeit als Arzt in privater Niederlassung

Üben Sie die Notarztztätigkeit neben einer Tätigkeit als Arzt in privater Niederlassung aus?

Ja / Nein

Wenn ja: bitte machen Sie Angaben zu Ihrer privaten Niederlassung (Name/ Anschrift):

Name der privaten Niederlassung	
Adresse der privaten Niederlassung	

Name des Notarztes

BSNR

Bezirksstelle

4.4. Änderungen Ihrer Angaben gem. Ziffern 4.1 bis 4.3 im Zeitraum seit dem 01.01.2024

Hinweis: nur auszufüllen, wenn bereits eine Kooperationsvereinbarung besteht

Gelten Ihre Angaben bei den Fragen in den Ziffern 4.1 bis 4.3 für Ihren gesamten Tätigkeitszeitraum?

Ja / Nein

Wenn ja und wenn Sie eine oder mehrere der Fragen in Ziffern 4.1 bis 4.3 mit „ja“ beantwortet haben: bitte fahren Sie direkt mit Ziffer 6 (Erklärung und Unterschrift) fort. Das Ausfüllen der Fragen in Ziffer 5 ist in diesem Falle nicht mehr erforderlich.

Wenn ja und wenn Sie alle Fragen in Ziffern 4.1 bis 4.3 mit „nein“ beantwortet haben: bitte fahren Sie mit der Beantwortung der Fragen unter Ziffer 5 (Angaben zur Sozialversicherung) fort.

Wenn nein: falls Ihre Angaben bei den Ziffern 4.1 bis 4.3. nicht für den gesamten Zeitraum seit dem 01.01.2024 oder seit einem späteren Tätigkeitsbeginn gelten, sondern sich (ggf. mehrfach) verändert haben, geben Sie dies bitte im nachstehenden Bemerkungsfeld unter Angabe der Daten des Beginns und des Endes des entsprechenden Zeitraums/der entsprechenden Zeiträume in chronologischer Reihenfolge an. Fahren Sie bitte im Anschluss mit der Beantwortung der Fragen unter Ziffer 5 fort.

Beispiele (nicht abschließend): eine Änderung Ihrer Angaben liegt zum Beispiel dann vor, wenn Sie Ihre Tätigkeit außerhalb des Rettungsdienstes beendet haben, Ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit außerhalb des Rettungsdienstes unter 15 Stunden gesunken ist oder Sie Ihre Tätigkeit als Vertragsarzt oder Arzt in privater Niederlassung beendet haben.

Ausfüllbeispiel für die Beendigung einer Tätigkeit von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes:

Beginn	Ende	Tätigkeit gem. Ziffern 4.1/4.2./4.3	Grund der Änderung
01.01.2024	30.06.2024	4.1: Anstellung als Arzt im Klinikum Bayreuth in Vollzeittätigkeit	Beendigung des Arbeitsverhältnisses zum 30.06.2024 durch Kündigung

Beginn	Ende	Tätigkeit gem. Ziffern 4.1/4.2./4.3	Grund der Änderung

Name des Notarztes

BSNR

Bezirksstelle

5. Angaben zur Sozialversicherung

Ausfüllhinweis: Falls bei Ihnen kein Befreiungstatbestand nach den Ziffern 4.1 bis 4.3 einschlägig ist oder die Befreiungstatbestände nach den Ziffern 4.1. bis 4.3 nicht durchgehend einschlägig sind, sind Sie ganz oder zeitweise hauptberuflich als Notarzt tätig. In diesem Falle unterliegen die Honorare aus Ihrer Tätigkeit als Notarzt in Bayern ganz oder für die betroffenen Zeiträume ohne Befreiungstatbestand der Beitragspflicht in der Sozialversicherung. Machen Sie bitte in diesen Fällen bei den Fragen in den Ziffer 5.1 bis 5.3 vollständige Angaben und unterschreiben Sie im Anschluss den Fragebogen unter Ziffer 6.

5.1. Grundlegende Angaben zur Sozialversicherung

Kinder, für die eine Elterneigenschaft nachgewiesen werden kann:		
Name	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Rentenversicherungsnummer:	
----------------------------	--

5.2. Kranken- und Pflegeversicherung

5.2.1. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

Ja, ich bin in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert:

Name der Krankenkasse:	
Adresse der Krankenkasse:	

Art der Versicherung: Eigene Mitgliedschaft Familienversicherung
 Grund der Versicherung: Pflichtversicherung freiwillige Versicherung

5.2.2. Private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV)

Ja, ich bin in einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung versichert:

Name der Krankenkasse:	
Adresse der Krankenkasse:	

Art der Versicherung: Eigene Mitgliedschaft Familienversicherung

Hinweis: bitte reichen Sie uns unbedingt folgende Nachweise über das Bestehen der PKV ein: Jahresbescheinigungen Ihrer PKV zur Erlangung des Zuschusses zum Beitrag für eine private Krankenversicherung gemäß § 257 SGB V für jedes Jahr Ihrer Tätigkeit als Notarzt (frühestens ab dem Jahr 2024).

Name des Notarztes

BSNR

Bezirksstelle

Bei PKV: letzte gesetzliche Krankenkasse: (Name / Adresse)	
Summe der im letzten Kalenderjahr erhaltenen Notarzthonorare in EUR (nur bei bestehendem Kooperationsvertrag auszufüllen):	

5.3. Rentenversicherung: Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten eines Versorgungswerkes

Liegt für die Tätigkeit als Notarzt eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht vor?

Ja / Nein

<u>Wenn ja:</u> bitte übersenden Sie uns unbedingt den Befreiungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht, damit wir Ihre Befreiung berücksichtigen können. Meldungen zur Höhe Ihres Notarzthonorars erfolgen dann durch die KVB an Ihr Versorgungswerk. Wie bisher sind Sie für das Abführen der Beiträge an Ihr Versorgungswerk zuständig.	
Name und Anschrift des Versorgungswerks: (nur wenn abweichend von der Bayerischen Ärzteversorgung)	
Mitgliedsnummer im Versorgungswerk:	

Falls Ihnen kein Befreiungsbescheid vorliegt, müssen Sie selbst aktiv werden, um die gesetzliche Rentenversicherungspflicht für die Zukunft zu vermeiden: beantragen Sie bitte einen Befreiungsbescheid für Ihre Notarztstätigkeit z.B. bei der Bayerischen Ärzteversorgung. Dies ist nur elektronisch möglich. Wichtiger Hinweis: bitte geben Sie in Ihrem Antrag auf Befreiung an, dass Sie als Notarzt abhängig und nicht selbstständig beschäftigt sind. Der Bescheid wird Ihnen dann von Seiten der Deutschen Rentenversicherung Bund ausgestellt. Bitte übersenden Sie uns diesen umgehend.

6. Erklärung des Notarztes und Unterschrift

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, der KVB bzw. dem von ihr beauftragten Dienstleister, der Firma Rainer Teufel & Partner GmbH Steuerberatungsgesellschaft, Gravenreutherstraße 2, 95445 Bayreuth, unter der E-Mail-Adresse: notarztbayern@teufel-berater.de, alle Änderungen, insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt), unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Notarzt

Name des Notarztes

BSNR

Bezirksstelle

Anlagen

Folgende Anlagen sind beigefügt:

- Jahresbescheinigungen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zur Erlangung des Zuschusses zum Beitrag für eine private Krankenversicherung gem. § 257 SGB V für jedes Jahr Ihrer Tätigkeit als Notarzt (frühestens ab dem Jahr 2024)
- Bescheid der DRV B zur Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht
- _____
- _____