

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Notdienste
Bereitschaftsdienst
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf freiwillige und **selbständige Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst**
gemäß § 4, § 2 Abs. 1 Satz 2 der Bereitschaftsdienstordnung der KVB (BDO-KVB)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller	
Titel _____	
Name _____, Vorname _____	
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____	
Staatsangehörigkeit _____	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Privatanschrift	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
Sind Sie bereits im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eingetragen, in dem Sie zum Beispiel schon einmal vertragsärztlich zugelassen waren?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

2. Beantragung

Beantragt wird die freiwillige und selbständige Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst im Rahmen des

<input type="checkbox"/> Allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Sitz- und Fahrdienst (Praxis- und Hausbesuchsdienst) des / der Bereitschaftsdienstbereiche(s)		
_____ (Mögliche Bereitschaftsdienstbereiche)		
Regierungsbezirk(e):		
<input type="checkbox"/> Unterfranken	<input type="checkbox"/> Niederbayern	<input type="checkbox"/> ganz Bayern
<input type="checkbox"/> Mittelfranken	<input type="checkbox"/> Schwaben	<input type="checkbox"/> nur die angegebenen Bereitschaftsdienstbereiche
<input type="checkbox"/> Oberfranken	<input type="checkbox"/> Oberbayern	
<input type="checkbox"/> Oberpfalz	<input type="checkbox"/> München Stadt u. Land	

- Fachärztlichen Bereitschaftsdienstes im Sitz- und Fahrdienst** (nur bei Führung einer entsprechenden Facharztbezeichnung möglich) des / der Bereitschaftsdienstbereiche(s)

(Mögliche Bereitschaftsdienstbereiche)

Regierungsbezirk(e):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unterfranken | <input type="checkbox"/> Niederbayern | <input type="checkbox"/> ganz Bayern |
| <input type="checkbox"/> Mittelfranken | <input type="checkbox"/> Schwaben | <input type="checkbox"/> nur die angegebenen
Bereitschaftsdienstbereiche |
| <input type="checkbox"/> Oberfranken | <input type="checkbox"/> Oberbayern | |
| <input type="checkbox"/> Oberpfalz | <input type="checkbox"/> München Stadt u. Land | |

3. Fachliche Voraussetzungen

Ich verfüge über

- eine gültige Approbation (sie wurde mir weder entzogen noch zum Ruhen gebracht) und weise diese durch eine Approbationsurkunde im Original oder als amtlich beglaubigte Abschrift nach.

und

- eine erfolgreich abgeschlossene allgemeinmedizinische Weiterbildung und weise diese durch eine Facharzturkunde im Original oder als amtlich beglaubigte Abschrift nach.

oder

- eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen der entsprechenden Gebietsbezeichnung und weise diese durch eine Facharzturkunde im Original oder als amtlich beglaubigte Abschrift nach.

Fachgebiet: _____

oder

- eine mindestens zweijährige allgemeinmedizinische Weiterbildung oder Weiterbildung in einem anderen medizinischen Fachgebiet und weise diese durch eine Erklärung der zuständigen Weiterbildungsstätte (Anlage A) nach.

Fachgebiet: _____

bei folgender/den Weiterbildungseinrichtung(en)

Name / Abteilung

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

oder

- eine Qualifikation, die gemäß § 95a Abs. 4 und 5 SGB V anerkannt ist und weise diese entsprechend nach.

4. Sonstige Voraussetzungen

- Hiermit erkläre ich
- weder drogen- noch alkoholabhängig zu sein oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen zu sein.
 - mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen zu haben.
 - dass gesetzliche, auch satzungsrechtliche Hinderungsgründe meiner ärztlichen Berufsausübung nicht entgegenstehen (z. B. nach § 21 Ärzte-ZV, § 15 BDO-KVB). Dies weise ich durch ein aktuelles polizeiliches Führungszeugnis der Belegart „O“ (Behördenführungszeugnis), welches zum Zeitpunkt der Antragsstellung nicht älter als 6 Monate ist, nach.
(Hinweis: Bitte hier als Behörde die „KVB, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, Eisenheimerstraße 39, 80687 München“ und Verwendungszweck „Selbständige Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst“ nennen)
 - auf eigene Kosten eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung (notwendige Deckungssumme für Personen- und Sachschäden mindestens 3.000.000 €), die auch die Patientenbehandlung im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst, vorzuhalten und weise dies durch eine Erklärung der Versicherung oder Versicherungsagentur nach. (Anlage B)
Alle Änderungen hinsichtlich dieser Berufshaftpflichtversicherung, insbesondere auch den Wegfall des Versicherungsschutzes werde ich unverzüglich der KVB mitteilen.
 - für die Dauer meiner Mitwirkung am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst kontinuierlich auf eigene Kosten an Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen, die mich für die Durchführung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ausreichend qualifizieren. Auf Verlangen werde ich meine regelmäßige Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen gegenüber der KVB nachweisen.
 - mich zu verpflichten bei der Übernahme eines Dienstes eines Vertragsarztes / MVZ vor Dienstbeginn der KVB schriftlich oder elektronisch mitzuteilen, in welchen Praxisräumen oder in welcher Bereitschaftspraxis der Dienst von mir durchgeführt wird. Bei der ausschließlichen Teilnahme am Fahrdienst entfällt eine entsprechende Mitteilung an die KVB.
 - bei einer Diensteinteilung für den Bereitschaftsdienst, während der Dienstzeiten für die Vermittlungs- und Beratungszentrale (VBZ) der KVB ständig über Mobiltelefon erreichbar zu sein.


- Ferner erkläre ich, dass ich mit der Stellung dieses Antrags auf freiwillige und selbständige Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB alle für die vertragsärztliche Versorgung jeweils geltenden gesetzlichen und vertraglichen Regelungen sowie die satzungsrechtlichen Bestimmungen der KVB mit den hierzu ergänzenden Richtlinien und Beschlüssen ausdrücklich als für mich verbindlich anerkenne.

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 sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung / dieses Antrags.


Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen hierzu werde ich unverzüglich der KVB mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der KVB gespeichert und meine Kontaktdaten an KVB-Mitglieder, die einen Bereitschaftsdienst abgeben möchten, weitergegeben werden.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen die von der KVB unterzeichnete Kooperationsvereinbarung zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Original oder amtlich beglaubigte Kopie dem Antrag beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller 

Stempel Antragsteller (falls vorhanden)

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1. Approbationsurkunde im Original oder amtlich beglaubigte Abschrift (falls bereits im Arztregister eingetragen, ist die Einreichung einer Urkunde nicht erforderlich)	<input type="checkbox"/>
2. Facharzturkunde im Original oder amtlich beglaubigte Abschrift (falls bereits im Arztregister eingetragen, ist die Einreichung einer Urkunde nicht erforderlich)	<input type="checkbox"/>
oder	
3. Erklärung der zuständigen Weiterbildungsstätte über die Absolvierung einer mindestens zweijährigen anerkannten allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder Weiterbildung in einem anderen medizinischen Fachgebiet (Anlage A) oder ein entsprechender Nachweis für die Qualifikation nach § 95a Abs. 4 und 5 SGB V	<input type="checkbox"/>
4. Erklärung der Versicherung oder Versicherungsagentur zum Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung (Anlage B)	<input type="checkbox"/>
5. Angaben zur Bankverbindung (Anlage C)	<input type="checkbox"/>
6. Erhebungsbogen für Registereintragung nach § 31 Abs. 10 Ärzte-ZV (Anlage D)	<input type="checkbox"/>
7. Kontaktdaten für den Bereitschaftsdienst (Anlage E)	<input type="checkbox"/>
8. Unterzeichnete Kooperationsvereinbarung in zweifacher Ausfertigung	<input type="checkbox"/>
9. Polizeiliches Führungszeugnis der Belegart „O“ (Behördenführungszeugnis)	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

- Die amtlich beglaubigten Abschriften dürfen nicht älter als 3 Monate sein
- Falls Sie im Antrag einen Titel angegeben haben, reichen Sie hierfür bitte einen entsprechenden Nachweis ein (z. B. Urkunde über medizinische Promotion)
- Reichen Sie uns bei einer Namensänderung einen entsprechenden Nachweis in amtlich beglaubigte Abschrift ein
- Sollte die Versicherung oder Versicherungsagentur auf einen eigenen Versicherungsnachweis bestehen, muss darin ersichtlich sein, dass die Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst für jeden Dienst, ohne Begrenzung der Dienstanzahl, mitversichert ist
- Es wird ein Behördenführungszeugnis der Belegart „O“ benötigt. Bei der Behörde ist die „KVB, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, Eisenheimerstraße 39, 80687 München“ sowie beim Verwendungszweck „Selbstständige Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst“ zu nennen.

Bitte beachten Sie:

Nach Eingang der eingereichten Unterlagen werden diese von uns geprüft. Sobald Ihre Dokumente geprüft sind, erhalten Sie von uns automatisch eine Benachrichtigung per E-Mail. Wenn uns der Antrag vollständig vorliegt, werden Ihre Unterlagen zur Unterschrift vorgelegt. Danach benötigen wir in der Regel zwei Wochen, um den Antrag abzuschließen.

Teilnahmeantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Der Volltext der Bereitschaftsdienstordnung der KVB finden Sie unter [www.kbv.de / Rechtsquellen / Satzungsrecht KVB / Bereitschaftsdienstordnung](http://www.kbv.de/Rechtsquellen/).

Bitte beachten Sie folgendes:

Ärztliche Leistungen dürfen von Ihnen erst ab dem Zeitpunkt im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst erbracht und in der Folge auch abgerechnet werden, für den mit Ihnen infolge Ihres Antrages eine entsprechende Kooperationsvereinbarung über Ihre Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst getroffen worden ist.

Eine Behandlung / Weiterbehandlung von Patienten durch Sie außerhalb des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Bereitschaftsdienstbereiche, für die infolge Ihrer Antragstellung auf freiwillige und selbständige Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst mit Ihnen eine entsprechende Kooperationsvereinbarung geschlossen worden ist, ist im Rahmen der regulären vertragsärztlichen Versorgung nicht zulässig.

Sofern von der KVB in den Bereitschaftsdienstbereichen, für die mit Ihnen infolge Ihres entsprechenden Antrages eine Kooperationsvereinbarung über die Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst geschlossen worden ist, ein Fahrdienstunternehmen für die Beförderung der diensthabenden Ärzte im Rahmen eines eingerichteten Fahrdienstes eingesetzt wird, ist dieser Fahrservice verpflichtend zu nutzen.

Sofern aufgrund Ihres entsprechenden Antrages mit Ihnen eine Kooperationsvereinbarung über die selbständige und freiwillige Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst geschlossen wird, wird hierdurch kein Anstellungsverhältnis zwischen Ihnen und der KVB begründet.

Anlage A
Erklärung der Weiterbildungseinrichtung
zum Nachweis einer mindestens zweijährigen Ärztlichen Weiterbildung *

Hiermit bestätigen wir, dass

Herr / Frau

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

in unserem Haus (Name / Anschrift der Weiterbildungseinrichtung):

im Zeitraum von _____ bis _____

eine Ärztliche Weiterbildung im medizinischen Fachgebiet

zur Erlangung der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung nach Ärztlichem Weiterbildungsrecht absolviert hat.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Weiterbildungseinrichtung

*Sofern Sie Ihre mindestens zweijährige Ärztliche Weiterbildung nach Ärztlichem Weiterbildungsrecht in verschiedenen Weiterbildungseinrichtungen absolviert haben, lassen Sie bitte den jeweiligen Weiterbildungszeitraum durch eine jeweils separate Erklärung der betreffenden Weiterbildungseinrichtungen bestätigen.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Anlage B
Erklärung des Versicherungsunternehmens/Versicherungsvertreeters
zum Nachweis einer ausreichenden ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung *

Hiermit erklären wir, dass für

Herr / Frau

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

seit dem _____ bei dem Versicherungsunternehmen (*Name / Anschrift*):

mit der Versicherungsschein-Nr.: _____

eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen ist, die in ausreichendem Umfang (notwendige Deckungssumme mindestens 3.000.000,- € für Personen- und Sachschäden) die Patientenbehandlung als Arzt / Ärztin im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V absichert.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Versicherung / des
Versicherungsvertreeters

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.


Anlage C
Angaben zur Bankverbindung

<p>Antragsteller</p> <p>Titel _____</p> <p>Name _____, Vorname _____</p> <p>BSNR _ _ _ _ _ _ _ _ _ (wird von uns ausgefüllt)</p>
--

Die Vergütung für die im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden

<p>Kontoinhaber _____</p> <p>Kontonummer _____</p> <p>Bankleitzahl _____</p> <p>Bank (Name, Ort) _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>BIC _____</p> <p>Bei der zuvor genannten Bankverbindung handelt es sich um ein Geschäftskonto</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller 

Anlage D
Erhebungsbogen für Registereintragung nach § 31 Abs. 10 Ärzte-ZV
(Seite 1 von 2)

Antragsteller
Titel _____
Name _____, Vorname _____
BSNR _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (falls vorhanden)
LANR _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (falls vorhanden)

Staatsexamen	am: _____ Ort: _____ tt.mm.jjjj
Approbation	am: _____ durch: _____ tt.mm.jjjj
Med. Promotion	am: _____ tt.mm.jjjj
Fachgebietsanerkennung/en	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
Schwerpunktbezeichnung/en	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
Zusatzbezeichnung/en	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj
	am: _____ als: _____ tt.mm.jjjj

(Seite 2 von 2)

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Die Angaben sind freiwillig.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller



Stempel Antragsteller (falls vorhanden)

