

### Antrag auf Genehmigung einer Assistenz

Neuantrag                       Verlängerungsantrag                       Änderungsantrag

#### Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller

BSNR \_\_\_\_\_

Praxisname \_\_\_\_\_

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

#### Angaben zur/zum zu Entlastenden

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Facharzt/-ärztin für \_\_\_\_\_

Therapeut/in Approbation als \_\_\_\_\_

Fachkunde in \_\_\_\_\_

zugelassen mit       vollem Versorgungsauftrag       hälftigem Versorgungsauftrag

angestellt mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

#### Grund der Antragstellung

Elternzeit (Geburtsurkunde des Kindes beifügen)  
bereits in Anspruch genommen von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Pflege (Pflegegradnachweis beifügen)  
bereits in Anspruch genommen von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Angaben zur Assistentin/zum Assistenten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Facharzt/-ärztin \_\_\_\_\_

Therapeut/in Approbation als \_\_\_\_\_

Fachkunde in \_\_\_\_\_

(Facharzturkunde/Approbation/Fachkunde in Kopie beifügen)

### Zeitraum und Umfang der Assistenz

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des  
Antragstellers/Praxisstempel

#### Hinweis:

Gemäß § 32 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV darf der Vertragsarzt einen Assistenten oder Vertreter nur beschäftigen während der Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten und während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten. Für die Beschäftigung ist die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich.

Die Beschäftigung einer Assistenz richtet sich nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV und ist genehmigungspflichtig. Eine genehmigungsfreie Assistenz gibt es nicht. Die Genehmigung darf nicht der Vergrößerung des Praxisumfangs dienen. Der Assistent muss die erbrachten Leistungen mit der LANR der/des zu Entlastenden kennzeichnen.

## Anlage zum Antrag auf Genehmigung einer Vertretung

### Erklärung des Antragsstellers

Erbringen Assistenten Leistungen, für deren Erbringung eine Qualifikation gemäß § 11 BMV-Ä Voraussetzung ist, hat sich der zu Entlastende darüber zu vergewissern, dass die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind. Sind diese Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt, dürfen die Leistungen, die eine besondere Qualifikation erfordern, nicht erbracht werden.

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Voraussetzung zur Kenntnis genommen habe und mich davon überzeugt habe, dass die Assistenz zur Erbringung von qualifikationsgebundenen Leistungen die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Antragstellerin/des  
Antragstellers/Praxisstempel