



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

## Änderungen in einem MVZ

### Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Träger des MVZ

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
Name Vertretungsberechtigter

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

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztsitz (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

### Antragstellung

**Ich teile folgende Veränderungen mit:**

- Änderungen der Trägergesellschaft** (z. B. Name; Rechtsform; Anschrift):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Änderungen der Gesellschafter**  
(z. B. Hinzutreten, Ausscheiden oder Wechsel eines Gesellschafters)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hinweis:** Entsprechende Nachweise (z.B. Auszug aus dem Handelsregister, Gesellschaftsvertrag, Gesellschafterliste) sind beizufügen. Bitte geben Sie ggf. weitere Gesellschafter auf einem gesonderten Blatt an und fügen entsprechende Nachweise an. Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH ist durch die Gesellschafter eine selbstschuldnerische Bürgschaft im Original oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V beizulegen.

**Umbenennung des MVZ**

Bisheriger Name: \_\_\_\_\_

Zukünftiger Name: \_\_\_\_\_

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antrag auf Verlegung des Standorts der Hauptbetriebsstätte des MVZ**

Bisheriger Vertragsarztsitz: \_\_\_\_\_

Zukünftiger Vertragsarztsitz: \_\_\_\_\_

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hinweis:** Ist die Änderung Beschäftigungsort von angestellten Ärzten ebenfalls angedacht, ist für jeden Angestellten ein gesonderter [Antrag auf Verlegung](#) zu stellen.

**Änderung der ärztlichen Leitung**

Bisherige ärztliche Leitung: \_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

Zukünftige ärztliche Leitung: \_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

Anstellungsfaktor:     0,5             0,75             1,0

Beschäftigungsort: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Die Änderung soll ab dem (tt.mm.jjjj): \_\_\_\_\_ erfolgen.  
Datum

**Hinweis:** Die Ernennung zur ärztlichen Leitung ist durch Ernennungsurkunde oder Ergänzung zum Arbeitsvertrag nachzuweisen.

## 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 eingereichte Antrag an den Zulassungsausschuss sowie beigefügte Unterlagen digitalisiert und nach einer entsprechenden Frist vernichtet werden. Eine Rücksendung der Unterlagen, insbesondere von Arbeitsverträgen, durch die Geschäftsstelle ist daher nicht möglich.

### 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) DSGVO 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