



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

## Antrag auf Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit (Zulassung/Anstellung)

### Antragsteller

**Praxis**

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

**MVZ**

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

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Leiter

\_\_\_\_\_  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

### Antragstellung

Ich beantrage das Ruhen

für meinen eigenen Versorgungsauftrag

für einen angestellten Arzt: \_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet

Es handelt sich um

einen Erstantrag

die Verlängerung des Ruhenszeitraumes.

## Zeitraum des Ruhens

Das Ruhen wird für den Zeitraum vom (tt.mm.jjjj) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (tt.mm.jjjj) zum beantragt.

**Hinweis:** Das Ruhen kann frühestens ab dem Tag nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses genehmigt werden.

## Umfang des beantragten Ruhens der vertragsärztlichen Tätigkeit

### Bei Zulassung:

Ruhen Versorgungsauftrag \ Aktueller Versorgungsauftrag	voller VA	dreiviertel VA	häftiger VA	viertel VA
voller VA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dreiviertel VA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
häftiger VA			<input type="checkbox"/>	

### Bei Anstellung:

Ruhen Anstellungs-faktor \ Aktueller Anstellungsfaktor	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,75		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,25				<input type="checkbox"/>

## Grund der Antragsstellung

- Beschäftigungsverbot/Mutterschutz/Elternzeit
- Erkrankung oder gesundheitliche Beeinträchtigung
- Fort- oder Weiterbildung
- sonstige Gründe:

---

---

---

---

**Hinweis:** Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis über den Ruhensgrund bei (z.B. ärztliche Bescheinigung; Geburtsurkunde des Kindes; Bestätigung der Weiterbildungsstätte).

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

### Antragsgebühr:

Für die Antragsstellung ist eine Gebühr in Höhe von 120,- € zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 lit. c) Ärzte-ZV. Die Gebühr wird mit der Antragsstellung fällig. Diese wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

### 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