

**Antrag  
Sicherstellungszuschläge nach Maßgabe des Beschlusses  
des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**

**Angaben zur Person (Antragsteller):**

Titel, Name, Vorname:

Privatanschrift  
(Straße, PLZ, Ort):

Telefon/Fax  
(privat):

E-Mail:

Fachgebiet:

**Ich beantrage Fördermittel gemäß Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für folgendes Vorhaben:**

**die freiberufliche Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit**

durch Gründung einer neuen Vertragsarztpraxis

die Fortführung einer bestehenden Vertragsarztpraxis

Praxisanschrift  
(vorauss.):

Planungsbereich:

Fachgebiet:

Beginn der  
Niederlassung:

## die dauerhafte Anstellung von Ärzten für die vertragsärztliche Tätigkeit

Titel, Name, Vorname des  
angestellten Arztes:

Fachgebiet:

Privatanschrift:

Telefon/Fax:

eingetragen in das  
Arztregister der KV:  unter der  
Nummer:

geplanter Umfang der  
Tätigkeit (Std./Woche):

Beginn Anstellung:

### Betriebsstätte

Geplanter Ort der  
Tätigkeit:

### Nebenbetriebsstätte

Geplanter Ort der  
Tätigkeit:

Ort, Datum, ggf. BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei  
persönlicher Leistungserbringung) bzw. des  
angestellten Arztes

Ansprechpartner:  
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Frau Silva Brase  
Tel: 0391 627-6338  
Fax: 0391 627-8544  
E-Mail: silva.brased@kvsad.de