

## Antragsunterlagen zur Teilnahme am Notarztdienst

Für die Teilnahme am Notarztdienst in Sachsen und zur Vergabe einer Abrechnungsnummer/Betriebsstättennummer durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) sind folgende Unterlagen bei der Geschäftsstelle ARGE NÄV einzureichen:

- vollständig ausgefüllter Erhebungsbogen für Arztdaten (Seite 2 und 3)
- Mitteilung über die Bankverbindung zur Überweisung der Notarztdiensthonorare durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (Seite 4)

weitere Unterlagen:

- Approbationsurkunde (Kopie)
- oder Berufserlaubnis (Kopie)
- Fachkundenachweis o. Zusatzbezeichnung (Kopie)
- Einzelvereinbarung
- Antrag auf Erteilung eines Online-Zugang zum Notarztportal & Erklärung zur Abrechnung von Notarztscheinen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/ der  
Antragstellerin -Stempel

-----  
Bestätigung der Eignungsvoraussetzung zur Teilnahme am Notarztdienst durch die  
Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Krankenkassen und Verbände der Krankenkassen für die  
Notärztliche Versorgung (ARGE NÄV)

geprüft durch (Stempel): \_\_\_\_\_

Mitarbeiter (Name): \_\_\_\_\_

Unterschrift/ Datum: \_\_\_\_\_

## Erhebungsbogen für Arztdaten – Notarzt –

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Teilnahme am Notarztendienst/Betriebsstätten-Nr. beantragen ab (Datum): \_\_\_\_\_

### 1. Persönliche Angaben

Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Geschlecht (m/w/d)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Straße/Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Telefonnr. (privat)	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>

## 2. Ärztliche Tätigkeit

Facharzt für

Approbation oder  
Berufserlaubnis vom:   
durch:

Fachkundenachweis/  
Zusatzbezeichnung vom:   
Notfallmedizin durch:

Name der  
Klinik/Praxis/Einrichtung

Status der Beschäftigung  Niederlassung  Angestelltenverhältnis:  
 Freiberufler/-in  Klinik  
 Sonstiges:  MVZ  
 Praxis

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

Telefonnr. (dienstlich)

**Jede Änderung hinsichtlich der abgegebenen Daten werde ich unverzüglich mitteilen.**

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/ der  
Antragstellerin -Stempel

## **Mitteilung über die Bankverbindung an die KVS zur Überweisung der Notarztdienstthonorare:**

Die Honorare aus der Teilnahme am Notarztdienst bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Abweichende Honoraranschrift (optional):

\_\_\_\_\_  
Straße und Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet:

\_\_\_\_\_

### **Hinweis:**

**Gemäß der „Verordnung über Mitteilungen an die Finanzbehörden durch andere Behörden...“ ist die KV Sachsen verpflichtet, diese Einnahmen dem Finanzamt bis 30. April für das vergangene Jahr zu melden. Darüber hinaus ist die KV Sachsen ab dem Jahr 2025 (für alle Zahlungen ab dem 01.01.2024) gemäß der Änderung im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 53, ausgegeben zu Bonn am 23. November 2020 verpflichtet worden, Mitteilungen an die Finanzbehörden nach Maßgabe des § 93c der Abgabenordnung über die amtlich bestimmte Schnittstelle zu übermitteln. Für die Übertragung wird die Steuer-Identifikationsnummer benötigt.**

**Die Einnahmen aus der Notärztlichen Tätigkeit sind einkommensteuerpflichtig.**

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Antragstellers/ der  
Antragstellerin - Stempel