

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