

Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer Zweigpraxis

Wichtiger Hinweis!
Bitte vor Ausdruck des Formulars
den zuständigen Regierungsbezirk
auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____ Titel: _____

Kontaktadresse:

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____ Fax: _____

Vertragsarztsitz:

Straße, Nr.: _____ PLZ: _____
Telefon: _____ Fax: _____

Optionale Angaben:

Privatadresse: _____
Telefon privat: _____ Telefon geschäftl.: _____
Email: _____ Fax: _____

die Ermächtigung zum Betrieb einer KV-übergreifenden Zweigpraxis

als Facharzt für _____
mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en _____
Zusatzbezeichnung/en _____

mit Wirkung vom _____.

(Die Tätigkeit in der Zweigpraxis kann erst erfolgen, wenn Ihnen die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss vorliegt.)

Ich beantrage die Ermächtigung für die geplante Zweigpraxis mit der Anschrift:

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Die Räume der Zweigpraxis befinden sich in einer Vertragsarztpraxis/ einem MVZ/ einem Krankenhaus

Nein

Ja, mit dem Namen: _____

Angaben zur Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz:

(Bitte beachten Sie, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich überwiegt und am Vertragsarztsitz die gem. § 17 Abs. 1a BMV-Ä geforderten Mindestsprechstunden angeboten werden.)

1. Welche Vorkehrungen wurden für die Sicherung der Versorgungspflicht am Vertragsarztsitz getroffen?

2. Wie ändern sich die Sprechzeiten nach Inbetriebnahme der Zweigpraxis?

(Im Falle einer Berufsausübungsgemeinschaft werden die Angaben für jeden Vertragsarzt benötigt)

3. Ändert sich das Leistungsspektrum am Vertragsarztsitz nach Inbetriebnahme der Zweigpraxis?

4. Wie lange ist die Wartezeit zwischen der Terminvergabe und der Behandlung für die in der Zweigpraxis beantragten Leistungen am Vertragsarztsitz?

Angaben zum Leistungsangebot und der Leistungserbringung in der Zweigpraxis:

1. Welche Leistungen nach EBM bzw. EBM Kapiteln sollen in der Zweigpraxis erbracht werden?

2. Welche Sprechzeiten werden in der Zweigpraxis angeboten?

3. Soll in der Zweigpraxis ein angestellter Arzt, für dessen Beschäftigung bereits eine Genehmigung vorliegt, tätig werden? Wenn ja, wer (Angabe des Namens) in welchem zeitlichen Umfang pro Woche? (Soll ein Arzt zur ausschließlichen Tätigkeit in der Zweigpraxis angestellt werden, ist ein gesonderter Antrag zu stellen.)

Angaben zu weiteren Zweigpraxen

Bestehen neben der beantragten Zweigpraxis weitere Zweigpraxen; wenn ja, wo?

Zusätzliche Angaben

(z.B. Weshalb verbessert die Zweigpraxis die Versorgung)

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.)

- Approbationsurkunde Nachweise zur Titelführung
 Urkunden, aus der sich die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung, Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnungen ergibt

oder

- Auszug aus dem Arztregister

und

- Kopie des Beschlusses über die Zulassung als Vertragsarzt/ MVZ

Erklärungen:

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

Ich erkläre, dass ich mit der Weiterleitung meiner persönlichen Daten an Dritte im Rahmen der Prüfung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte zu meinem Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer Zweigpraxis einverstanden bin.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Hinweis:

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte ist bei einem Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer Zweigpraxis verpflichtet eine umfassende Prüfung vorzunehmen. Hierzu werden u.a. Stellungnahmen der Verfahrensbeteiligten (Kassenärztliche Vereinigung, Verbände der Krankenkassen, Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk der Vertragsarztsitz liegt) und sonstiger Betroffener zur Versorgungssituation eingeholt. Eine Übermittlung der persönlichen Daten der Einrichtung (Name, Berufsbezeichnung, Ort der Tätigkeit, Antragsinhalt etc.) an Dritte ist aus datenschutzrechtlichen Gründen ohne Ihre Einwilligung unzulässig. Ohne Ihre Einwilligung kann jedoch in der Regel die Erforderlichkeit sowie der Umfang einer Ermächtigung nicht beurteilt werden.