

# Antrag auf Zulassung als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

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

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

Hiermit beantragt der vertretungsberechtigte Gründer

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

sowie die weiteren Gründer

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

die Zulassung als MVZ mit dem Namen

\_\_\_\_\_

Name der Betreibergesellschaft (auch genannt MVZ-Trägergesellschaft)

\_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

mit Wirkung vom | | | | | | | | |  
Datum

Ich/Wir nehme(n) an der medizinischen Versorgung teil, auf Grund

Zulassung als Vertragsarzt/Krankenhaus/gemeinnütziger Träger (Name):

\_\_\_\_\_

Ermächtigung als gemeinnütziger Träger (Name):

\_\_\_\_\_

Vertrag als Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen (Name):

\_\_\_\_\_

anerkanntes Praxisnetz (Name):

\_\_\_\_\_

Diese Gründervoraussetzungen werden durch beigelegte Urkunden im Original oder in amtlich beglaubigter Form nachgewiesen.

Die ärztliche Leitung erfolgt durch \_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname)

sowie durch \_\_\_\_\_  
(Titel, Name, Vorname)

Das MVZ wird in folgender Gesellschaftsform betrieben:

Personengesellschaft

eingetragene Genossenschaft

Gesellschaft mit beschränkter Haftung

öffentlich-rechtliche Rechtsform.

Dem Antrag liegen der Gesellschaftsvertrag, der Registerauszug sowie die Bürgschaftserklärungen, soweit für die Gesellschaftsform vorgegeben, im Original oder in amtlich beglaubigter Form bei.

Nachfolgend genannte Ärzte werden in dem zugeordneten Fachgebiet im MVZ tätig:

Fachgebiet/Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

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

Status als Vertragsarzt

Status als angestellter Arzt

Fachgebiet/Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

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

Status als Vertragsarzt

Status als angestellter Arzt

Fachgebiet/Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

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

Status als Vertragsarzt

Status als angestellter Arzt

Fachgebiet/Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

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

Status als Vertragsarzt

Status als angestellter Arzt

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Gründers)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Gründers)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Gründers)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Gründers)

**Hinweis:**

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 100,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.