

Leistungsbeschränkungserklärung
zum Zulassungsantrag in Gemeinschaftspraxis
im Rahmen eines „job-sharing“ nach § 101 Abs. 1 Nr.4 SGB V
§ 101 Abs. 3 S.1 SGB V i.V.m.
den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte (vom 01.10.1997) und der Ärzte ZV

A: Antragssteller:

Name des Antragstellers:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
--------------------------	------------	---------------------

B. Gemeinschaftspraxis mit: (Bitte alle Partner auflühren)

Name des Praxispartners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
--------------------------	------------	---------------------

Name des Praxispartners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
--------------------------	------------	---------------------

Name des Praxispartners:	Geb.-datum	Facharztanerkennung
--------------------------	------------	---------------------

C. Der Antrag auf Gemeinschaftspraxis erfüllt die Voraussetzungen gem. § 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV und wurde dem Zulassungsausschuss von allen Partnern unterschrieben vorgelegt.

D. Wir erklären uns gegenüber dem Zulassungsausschuss bereit, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller/neuen Partner den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang (wie er sich aus der Anlage ergibt) nach der Menge der Leistungen nicht zu überschreiten. Die Erklärung ist für uns rechtsverbindlich. Den auf dieser Grundlage getroffenen Feststellungsbescheid des Zulassungsausschusses über das Punktzahlvolumen erkennen wir an und wir verzichten insoweit auf Rechtsmittel. Hiervon bleibt Nr. 23 c, letzter Satz, unberührt.

E. Wir erkennen die dazu nach Maßgabe der Nrn. 23b bis 23d der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung und die weiteren Bestimmungen zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis an.

Eine Ausfertigung der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen.

bitte wenden...



Wir verpflichten uns mit unseren Unterschriften zur Einhaltung der vorgenannten und beigefügten Auflagen für die Dauer der Zulassung von Herrn/Frau _____ in unserer Gemeinschaftspraxis.

Bremen, den _____

Unterschriften der bisherigen Praxisinhaber:

1:

Praxisinhaber/ erster Gemeinschaftspraxispartner:

Unterschrift:

2:

2. Gemeinschaftspraxispartner:

Unterschrift:

3:

3. Gemeinschaftspraxispartner:

Unterschrift:

4:

4. Gemeinschaftspraxispartner:

Unterschrift:

Unterschrift des neuen Partners/der neuen Partnerin:

Name des neuen Gemeinschaftspraxispartners:

Geb.-dat.

Unterschrift

Da ich zum Führen der Schwerpunktbezeichnung _____ berechtigt bin und die von Herrn/Frau Dr. med./der Praxis _____ bisher erbrachten Leistungen diesen Schwerpunkt nicht umfassen, verzichte ich auf das Führen der o.g. Schwerpunktbezeichnung, solange ich eine nach § 101 Abs. 1 Nr.4 SGB V beschränkte Zulassung in dieser Gemeinschaftspraxis besitze.

Herr/Frau Dr. med./die Praxis _____ nimmt an der hausärztlichen/ fachärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V teil und daher entscheide ich mich ebenfalls für die Teilnahme an der _____ Versorgung. (nur gleiche Entscheidung möglich)

Bremen, den _____

Unterschrift des Antragstellers/ neuen Gemeinschaftspraxispartners:

Als Anlagen zu dieser Erklärung sind beigefügt:

Von allen Ärzten unterschriebene Aufstellung zum errechneten Punktvolumen „job-sharing“
Antrag auf Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis