

Antrag auf Ermächtigung zum Führen einer Zweigpraxis außerhalb des Bezirks der eigenen KV gem. § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Ermächtigungen von Zweigpraxen beschließen kann. **Ermächtigungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Bitte beantragen Sie daher die Genehmigung rechtzeitig (mind. 3 Monate) vor der nächsten Sitzung des Zulassungsausschusses (den Sitzungsplan finden Sie im Internet www.kvhb.de).

Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. c) Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Ermächtigung Zweigpraxis“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro

überwiesen am _____ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

Personalien Antragsteller/-in:

| | |
|-----------------------|--|
| Titel , Name, Vorname | |
| Geburtsdatum/-ort | |

Privatadresse:

| | |
|--|--|
| Straße, PLZ, Ort | |
| E-Mail | |
| Telefon privat/ tagsüber erreichbar | |

Ich beantrage als nicht in Bremen zugelassener Vertragsarzt die Ermächtigung zum Führen einer Zweigpraxis zum: _____ im Umfang von max.13 Std./Woche für den Planungsbereich

Bremen-Stadt

Bremerhaven-Stadt

für den Zweigpraxissitz: _____
(bitte Straße und Hausnummer angeben)

neben meiner seit _____ bestehenden Zulassung

zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Planungsbereich _____

als Facharzt für _____

am Vertragsarztsitz _____
(bitte Straße und Hausnummer angeben)

Wichtiger Hinweis: Zweigpraxisermächtigungen werden personengebunden erteilt. Wenn z. B. mehrere Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft eine Zweigpraxis beantragen möchten, sind jeweils separate Anträge zu stellen.

Meine Sprechzeiten am bisherigen Vertragsarztsitz lauten:

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Summe |
|----------------------------------|--------|----------|----------|------------|---------|---------|-------|
| vormittags | | | | | | | |
| nachmittags | | | | | | | |
| Summe vormittags/ nachmittags | | | | | | | |

Die Sprechzeiten im Rahmen der Zweigpraxis werden wie folgt lauten:

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Summe |
|----------------------------------|--------|----------|----------|------------|---------|---------|-------|
| vormittags | | | | | | | |
| nachmittags | | | | | | | |
| Summe vormittags/ nachmittags | | | | | | | |

Die Entfernung zwischen meiner Praxis und der geplanten Zweigpraxis beträgt in km: _____

Die Fahrtzeit zwischen meiner Praxis und der geplanten Zweigpraxis beträgt in Std.: _____

§ 24 Ärzte-ZV lautet auszugsweise wie folgt:

„Die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis außerhalb des Bezirkes Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung ist zu erteilen, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an den weiteren Orten aufgewogen werden.

(...) Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragsarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören.“

Es werden nach Vorliegen Ihres Antrages Stellungnahmen der für Ihren Vertragsarztsitz zuständigen KV und des dortigen Zulassungsausschusses eingeholt.

Bitte begründen Sie formlos Ihren Antrag, inwiefern Ihre geplante Zweigpraxis die Versorgung der Versicherten in Bremen-Stadt bzw. Bremerhaven-Stadt verbessern würde. Geben Sie bitte auch das in der Zweigpraxis geplante Leistungsspektrum vollständig an.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Auszug aus dem Arztregister (§ 18 Abs. 1 a Ärzte-ZV)
2. KV-Bescheinigungen zur bisherigen niedergelassenen Tätigkeit (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)
3. Erklärung über Dienst-/Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV):

Neben der bestehenden Zulassung und der beantragten Zweigpraxis bin ich noch/ werde ich noch in folgenden Dienst-/ Beschäftigungsverhältnissen ärztlich tätig/ sein (der Anstellungsvertrag wird diesem Antrag in Kopie beigefügt):

_____ (Arbeitgeber und Std./Woche)

Ich erkläre, dass ich z. Zt. in keinem Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

4. Erklärung (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV)

Ich erkläre hiermit, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin, noch innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin. Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

5. Ist Ihnen die Berufsausübung als Arzt zu irgendeiner Zeit untersagt oder eingeschränkt bzw. die Approbation entzogen/ruhend gestellt worden? ja nein
Wenn ja, von welcher Stelle, für welchen Zeitraum und aus welchem Grund?

6. Ist noch ein weiterer Antrag auf Zulassung/Genehmigung als angestellte(r) Ärztin/Arzt/ Genehmigung einer Zweigpraxis bei einem anderen Zulassungsausschuss (bei welchem/ zu welchem Beginndatum) gestellt?

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Die Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist nur zulässig, wenn diese von Ihnen beantragt und von der KV Bremen schriftlich genehmigt worden ist.

Die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen finden Sie im Internet unter:

www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen

- Bitte senden Sie mir/uns die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen zu.
oder
 Ich/wir möchte(n) keine genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und benötige(n) daher die Übersicht nicht.

 Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **aller** bisher genehmigten Leistungen.

oder

Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **nicht** aller bisher genehmigten Leistungen. Leistungen die ich/wir nicht mehr erbringen möchte(n), zeige(n) ich/wir bei der KV Bremen, Abt. Q/P schriftlich an.

Bitte beachten Sie, dass manche Leistungen ggf. erneut beantragt werden müssen, auch wenn Sie bereits Genehmigungsinhaber sind. In diesem Fall wird sich die Abt. Q/P mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ausführender Arzt/Leistungserbringer

| | |
|---------------------------|--|
| LANR/BSNR falls bekannt | |
| Ggf. Titel, Name, Vorname | |

Vertragsarzt bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)

| | |
|---------------------------|--|
| BSNR falls bekannt | |
| Ggf. Titel, Name, Vorname | |
| Ort, Datum Unterschrift | |

BITTE LEGEN SIE DIESE SEITE UNBEDINGT AUSGEFÜLLT IHREM ANTRAG AN DEN ZULASSUNGS-AUSCHUSS BEI.