

Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Antrag auf Aufnahme einer/-s weiteren Ärztin/Arztes innerhalb eines bestehenden MVZ

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Anstellung beschließen darf. **Anstellungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Anstellung rechtzeitig (mind. 6 Wochen) vor dem jeweiligen Sitzungstermin.

Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. b 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) Gemäß § 46 Abs. 1b Ärzte-ZV ist mit dem Antrag auf Genehmigung eines angestellten Arztes eine Gebühr in Höhe von 120,00 € zu entrichten. Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Antrag angestellter Arzt“ angeben)

- Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro
überwiesen am _____ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und
Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

Antragstellendes MVZ:

Name des MVZ	
MVZ-Sitz (Straße/PLZ/Ort)	
Organisationsform	
Vertretene Fachgebiete	
Ärztlicher Leiter:	
Gründer/Träger:	
Adresse der Trägersgesellschaft	
Zugelassen seit:	
in BAG tätig mit (Name der Partner der BAG)	

Das MVZ beantragt die Aufnahme von

Titel, Name, Vorname, Fachgebiet/ggf. Schwerpunkt:

- als Vertragsarzt (Beibehaltung des Zulassungsstatus)
Bisheriger Vertragsarztsitz: _____
- als angestellter Arzt *(nicht zulassungsbeschränktes Fachgebiet)
- als angestellter Arzt *(Einbringung der Zulassung ins MVZ)
für das Fachgebiet: _____

zum _____ in das bestehende MVZ.

Falls Verlegung des Vertragsarztsitzes erforderlich:
Antrag der/des verlegenden Ärztin/Arztes):

Ich (bitte Namen angeben) _____

beantrage die Verlegung meines bisherigen Vertragsarztsitzes _____

an den Sitz des MVZ _____ zum _____

Antragsort/-datum und Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

Datenschutzerklärung:

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

Unterschrift Antragsteller 1:

(ärztlicher Leiter/Gründer bzw. Träger des MVZ): _____

Unterschrift Antragsteller 2:

(neuer Arzt im MVZ) _____

Die im MVZ zugelassenen Ärzte sichern mit ihrer nachfolgenden Unterschrift ihr Einverständnis zur Aufnahme von _____ innerhalb des MVZ zu.

1. Unterschrift:	2. Unterschrift:	3. Unterschrift:
4. Unterschrift:	5. Unterschrift:	Weitere:

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie beizufügen:

- **Arztregisterauszug** des zusätzlichen Arztes, der die vertragsärztliche Tätigkeit ausüben soll (sofern der Arzt/die Ärztin nicht im Arztregister der KVHB eingetragen ist)
- **Gesellschaftsvertrag in der aktualisierten Fassung**
- ggf. Partnerschaftsregisterauszug, Handelsregisterauszug,

*** Bei Anstellung von Ärzten bitte nachfolgenden „Antrag des MVZ auf Genehmigung einer/-s angestellten Ärztin/Arztes“ samt Anstellungsverträgen beifügen.**

Selbtschuldnerische Bürgschaft zugunsten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

(nur aktualisieren wenn der weitere Arzt
mit Zulassungsstatus im MVZ tätig sein wird)

Die Unterzeichner dieser selbstschuldnerischen Bürgschaft beabsichtigen die Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums
(Name und Anschrift des MVZ)

- im Folgenden „MVZ“ genannt –

in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das Medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden (nachfolgend „Rechtsverhältnis“ genannt).

Vor diesem Hintergrund erkläre(n) ich/wir das Folgende:

Ich/Wir, die

(Name und Anschrift des/der Bürgen)

1.

2.

3.

4.

5.

- im Folgenden „Bürge“ genannt –

übernehme(n) -als Gesamtschuldner- **für sämtliche bestehenden und künftigen, auch bedingten oder befristeten, auch gesetzlichen Ansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, die sie im Zusammenhang mit dem o. g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ oder dessen Rechtsnachfolger erwirbt eine selbstschuldnerische Bürgschaft.**

Seite 1 zur Bürgschaftserklärung zugunsten der KVHB

Sind mehrere Hauptschuldner angegeben, erstreckt sich die Bürgschaft auf die Ansprüche gegen jede einzelne Person.

1. Der Bürge kann aus dieser Bürgschaft nur auf Zahlung von Geld in Anspruch genommen werden. Sind die durch die Bürgschaft gesicherten Ansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen fällig und erfüllt der Hauptschuldner diese Ansprüche nicht, kann sich die Kassenärztliche Vereinigung Bremen an den Bürgen wenden, der dann aufgrund seiner Haftung als Selbstschuldner nach Aufforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen Zahlung zu leisten hat. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen ist nicht verpflichtet, zunächst gegen den Hauptschuldner gerichtlich vorzugehen.
2. Der Bürge verzichtet auf die Einreden der Anfechtbarkeit gem. § 770 Abs. 1 BGB und der Aufrechenbarkeit gem. § 770 Abs. 2 BGB sowie der Vorausklage gem. § 771 BGB. Der Verzicht auf die Einrede der Aufrechenbarkeit gilt nicht, wenn die Gegenforderung des Hauptschuldners unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
3. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen verzichtet nicht schon dadurch auf ihnen zustehende Rechte, dass sie diese nicht oder nicht unverzüglich geltend macht.
4. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen ist nicht verpflichtet, sich zunächst an andere Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nimmt.
5. Sind oder werden einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung unwirksam oder undurchsetzbar, so berührt dies nicht die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der anderen Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung. Die unwirksame oder undurchsetzbare Bestimmung gilt als durch eine wirksame und durchsetzbare Bestimmung ersetzt, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung am nächsten kommt. Im Falle einer Regelungslücke dieser Bürgschaftserklärung gilt eine Bestimmung als vereinbart, die dem mit dieser Bürgschaftserklärung verfolgten wirtschaftlichen Zweck so weitgehend wie möglich entspricht.
6. Es gilt deutsches Recht.

Ort, Datum

1. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

2. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

3. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

4. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

5. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

Seite 2 zur Bürgschaftserklärung zugunsten der KVHB

Selbstschuldnerische Bürgschaft zugunsten der Krankenkassen

**(nur aktualisieren soweit der weitere Arzt
mit Zulassungsstatus im MVZ tätig sein wird)**

Die Unterzeichner dieser selbstschuldnerischen Bürgschaft beabsichtigen die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums
(Name und Anschrift des MVZ)

- im Folgenden „MVZ“ genannt –

in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das Medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden (nachfolgend „Rechtsverhältnis“ genannt).

Vor diesem Hintergrund erkläre(n) ich/wir das Folgende:

Ich/Wir, die

(Name und Anschrift des/der Bürgen)

1.

2.

3.

4.

5.

- im Folgenden „Bürge“ genannt –

übernehme(n) -als Gesamtschuldner- für sämtliche bestehenden und künftigen, auch bedingten oder befristeten, auch gesetzlichen Ansprüche der Krankenkassen, die sie im Zusammenhang mit dem o. g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ oder dessen Rechtsnachfolger erwerben eine selbstschuldnerische Bürgschaft.

Seite 1 zur Bürgschaftserklärung zugunsten der Krankenkassen

Sind mehrere Hauptschuldner angegeben, erstreckt sich die Bürgschaft auf die Ansprüche gegen jede einzelne Person.

1. Der Bürge kann aus dieser Bürgschaft nur auf Zahlung von Geld in Anspruch genommen werden. Sind die durch die Bürgschaft gesicherten Ansprüche der Krankenkassen fällig und erfüllt der Hauptschuldner diese Ansprüche nicht, können sich die Krankenkassen an den Bürgen wenden, der dann aufgrund seiner Haftung als Selbstschuldner nach Aufforderung durch die Krankenkassen Zahlung zu leisten hat. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, zunächst gegen den Hauptschuldner gerichtlich vorzugehen.
2. Der Bürge verzichtet auf die Einreden der Anfechtbarkeit gem. § 770 Abs. 1 BGB und der Aufrechenbarkeit gem. § 770 Abs. 2 BGB sowie der Vorausklage gem. § 771 BGB. Der Verzicht auf die Einrede der Aufrechenbarkeit gilt nicht, wenn die Gegenforderung des Hauptschuldners unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
3. Die Krankenkassen verzichten nicht schon dadurch auf ihnen zustehende Rechte, dass sie diese nicht oder nicht unverzüglich geltend machen.
4. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, sich zunächst an andere Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nehmen.
5. Sind oder werden einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung unwirksam oder undurchsetzbar, so berührt dies nicht die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der anderen Bestimmungen dieser Bürgschaftserklärung. Die unwirksame oder undurchsetzbare Bestimmung gilt als durch eine wirksame und durchsetzbare Bestimmung ersetzt, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung am nächsten kommt. Im Falle einer Regelungslücke dieser Bürgschaftserklärung gilt eine Bestimmung als vereinbart, die dem mit dieser Bürgschaftserklärung verfolgten wirtschaftlichen Zweck so weitgehend wie möglich entspricht.
6. Es gilt deutsches Recht.

Ort, Datum

1. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

2. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

3. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

4. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

5. Unterschrift des Bürgen

(Name bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

Seite 2 zur Bürgschaftserklärung zugunsten der Krankenkassen

Antrag des MVZ auf Genehmigung einer/-s angestellten Ärztin/Arztes

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Anstellungsgenehmigungen beschließen darf. **Anstellungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Anstellungsgenehmigung rechtzeitig (mind. 6-8 Wochen) vor dem jeweiligen Sitzungstermin.

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). Gemäß § 46 Abs. 1b Ärzte-ZV ist **mit dem Antrag** auf Genehmigung eines angestellten Arztes eine Gebühr in Höhe von 120,00 € zu entrichten.

(Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Antrag angestellter Arzt“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro

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

Antragstellendes MVZ:

Name des MVZ	
MVZ-Sitz (Straße/PLZ/Ort)	
Organisationsform	
Vertretene Fachgebiete	
Ärztlicher Leiter:	
Gründer/Träger:	
Zugelassen seit:	
in BAG tätig mit (Name der Partner der BAG)	

Das MVZ beantragt zum _____ die Genehmigung zur Beschäftigung der/des angestellten Ärztin/Arztes _____ gemäß § 32 b Ärzte-ZV

- vierteltags (bis 10 Std./Wo.) halbtags (über 10 bis 20 Std./Wo.)
 dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Wo.) ganztags (über 30 Std./Wo.)

für das Fachgebiet/ggf. Schwerpunkt _____ .

Der Anstellungsvertrag ist diesem Antrag beigelegt.

Datenschutzerklärung:

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Ärztlichen Leiters

Personalien und Angaben zur/zum angestellten Ärztin/Arzt:

_____ (Titel/Vorname/Name)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Wohnort/Straße)

_____ (Telefon/E-Mail-Adresse)

Ich bin/war zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen in: _____

seit: _____ bis: _____

Grund für die Aufgabe der Zulassung: _____

**Diesem Antrag auf Genehmigung einer(s) angestellten Ärztin/Arztes sind gemäß § 32 b Abs. 2 Ärzte-ZV folgende Nachweise beizufügen:
(Anstelle von Originaldokumenten können amtlich beglaubigte Abschriften eingereicht werden.)**

- a) Eintragung ins Arztregister (andere KV) in Bremen eingetragen
- b) Zeugnisse/Bescheinigungen über die ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztliche Prüfung
- c) Tabellarischer Lebenslauf
- d) Polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (Belegart O)
- e) Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben
- f) Erklärung über, im Zeitpunkt der Bewerbung, bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses, (siehe nächste Seite)
- g) Erklärung des Bewerbers, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen, (siehe nächste Seite).
- h) Bescheinigung über **ausreichende Versicherung zur Berufshaftpflicht (siehe Punkt 5. des Antrages)**

Nachstehende Fragen beantworte ich wie folgt und gebe folgende Erklärungen ab:

1. Erklärung über Dienst-/Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV)

Ich erkläre hiermit,

- dass ich z. Zt. in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe (bitte auch Angabe Std./Woche):

Das Beschäftigungsverhältnis kann frühestens am _____ beendet werden.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom _____ gekündigt worden.

Mir ist bekannt, dass ich in der Summe aller Anstellungen maximal 48 Std./Woche (lt. Arbeitszeitgesetz) angestellt sein kann und dass jede regelmäßige weitere Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss mit Angabe des zeitlichen Umfangs und Kopie des Anstellungsvertrages zur Kenntnis zu geben ist.

Neben der beantragten Anstellung ab _____ bin ich noch/werde ich noch in folgenden Dienst-/ Beschäftigungsverhältnissen ärztlich tätig/sein (weitere Anstellungsverträge werden diesem Antrag in Kopie beigefügt):

- _____ (Tätigkeitsort und Std./Woche)

- _____ (Tätigkeitsort und Std./Woche)

dass ich z. Zt. in keinem Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

2. **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. Ich erkläre, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

3. Mir ist 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?

4. Läuft noch ein Antrag auf Zulassung oder Genehmigung als angestellte(r) Ärztin/Arzt bei einem anderen Zulassungsausschuss (bei welchem/ zu welchem Beginndatum) ?

5. **Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes (§ 95e Abs. 5 S. 2 und 3 SGB V).**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des MVZ mit angestellten Ärzten für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit versichert ist. Die derzeit geltende Mindestversicherungssumme beträgt fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall und darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

6. **Einverständniserklärung:**

Gemäß § 21 Ärzte-ZV ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben, ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Das ist insbesondere dann zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war.

Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses die zuständigen Stellen (bisherige KV, Ärztekammer, Behörden) danach befragen kann, ob entsprechende Mängel dort bekannt sind.

Datenschutzerklärung:

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner in diesem Antrag gemachten Angaben und Erklärungen. Änderungen in den angegebenen Verhältnissen werde ich umgehend dem Zulassungsausschuss mitteilen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Angestellte(-r))

Der Anstellungsvertrag und Anstellungsverträge eventueller weiterer Anstellungen sind diesem Antrag beizufügen.

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.