

# Antrag auf Verlegung des MVZ-Sitzes

## Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Verlegungen beschließen darf. **Verlegungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Verlegung Ihres Vertragsarztsitzes rechtzeitig (mind. 6 Wochen) vor dem Umzug der Praxis.

## Gebühren:

Für Ihren Antrag 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 „Verlegungsantrag“ angeben)

Die Antragsgebühr von 120 Euro wurde

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

## Antragstellendes MVZ

Name des MVZ	
Organisationsform	
Vertretene Fachgebiete	
Ärztlicher Leiter:	
Gründer/Träger:	
<b>Adresse der Trägergesellschaft</b>	
Zugelassen seit:	

## Die Verlegung des bisherigen MVZ-Sitzes

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## an den zukünftigen MVZ-Sitz

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

wird zum \_\_\_\_\_ beantragt.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Name und Unterschrift der Geschäftsführung: \_\_\_\_\_

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](http://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.**