

ANTRAG auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

I Allgemeine Angaben

Titel	
Vorname	
Familienname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Fachgebiet	
Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Dienststelle	
Dienststellung	

Privatanschrift für den Schriftwechsel nach Beendigung der Ermächtigung oder wenn dieser nicht über das Krankenhaus bzw. die Dienststelle erfolgen soll	PLZ, Ort	
	Straße, Nr.	
Schriftwechsel über Privatanschrift?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

II Gebühren und Unterlagen

Für diesen Antrag ist eine Gebühr von **120,00 EUR** zu entrichten.

Bitte überweisen Sie auf das Konto der KVSH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE72 3006 0601 0701 2313 59 - BIC DAAEDEDXXX.

Verwendungszweck: **03 - Name, Vorname**

Beachten Sie, dass nach Abschluss des Verfahrens weitere Verwaltungsgebühren erhoben werden.

Zu diesem Antrag sind außerdem folgende Unterlagen im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie einzureichen:

- Approbationsurkunde,
- ggf. Promotionsurkunde oder Urkunden zum Führen sonstiger Titel,
- Facharztanerkennungen, Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen, fakultativen Weiterbildungen, die für die beantragte Ermächtigung maßgeblich sind
- Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers (siehe Seite 3 dieses Antrags)
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG (Berufshaftpflicht) (**NICHT**: Kopie der Police, vorläufige Deckungszusage etc.)

III Angaben zur beantragten Ermächtigung

Ermächtigungsumfang

a) welche Leistungen sollen erbracht werden?

b) von Ärzten welcher Fachgruppe sollen die Patienten überwiesen werden?

c) Gebührenziffern, die im Rahmen der Ermächtigung abgerechnet werden sollen:

IV Begründung für den Antrag auf Ermächtigung

V Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 5 Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin, und dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass bei mir keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenstehen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist bzw. war.

VI Einverständniserklärung

Gemäß § 21 Ärzte-ZV ist ein Arzt mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere ein Arzt, der innerhalb der letzten 5 Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war, ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses die zuständigen Stellen (bisherige KVen, Ärztekammern) danach befragt, ob entsprechende Mängel dort bekannt sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Angaben für die nachfolgend aufgeführten Punkte:

- I Allgemeine Angaben
- III Angaben zur beantragten Ermächtigung
- IV Begründung
- V Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Punkt 5 Ärzte-ZV
- VI Einverständniserklärung

Im Falle meiner Ermächtigung erkenne ich die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Bestimmungen als für mich verbindlich an.

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel Antragsteller)

Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers im Sinne von § 31a Abs. 2 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Der von _____ beantragten Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 31a Abs.2 Satz 2 Ärzte-ZV stimmen wir zu und bestätigen, dass der Arzt seiner/die Ärztin ihrer Weiterbildung entsprechend in die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses eingebunden ist, Leistungen im Rahmen einer Ermächtigung nur gelegentlich im Rahmen einer ohnehin ausgeübten Tätigkeit an unserer Klinik erbringen wird und der Umfang ihrer/seiner Beschäftigung im stationären Bereich des Krankenhauses mindestens der Hälfte der für einen vollzeitbeschäftigten Krankenhausarzt maßgeblichen wöchentlichen Arbeitszeit entsprechen soll.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Krankenhausträgers

WICHTIGER HINWEIS:

Vor Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt, angestellter oder ermächtigter Arzt beachten:

Zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist nur derjenige Arzt berechtigt, dem von der Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Beantragung eine Genehmigung erteilt worden ist. Eine Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist erst vom Tage des Zugangs des Genehmigungsbescheides an gegeben.

Die vollständige Übersicht finden Sie unter:

www.kvsh.de → Praxis → Qualität und Fortbildung → genehmigungspflichtige Leistungen

Bei Rückfragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen steht Ihnen die Abteilung Qualitätssicherung der KVSH unter der Nummer 04551 883 262 zur Verfügung.

- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen und werde die entsprechenden Antragsunterlagen unter www.kvsh.de downloaden oder mich direkt mit der Abteilung Qualitätssicherung in Verbindung setzen.
- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich beabsichtige jedoch keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller