

# **ANTRAG auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

## **I. Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum:**

Name des MVZ:					
Anschrift	PLZ, Ort				
	Straße, Nr.				
Rechtsform:	<input type="checkbox"/> Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) <input type="checkbox"/> eingetragene Genossenschaft (e. G.) <input type="checkbox"/> öffentlich rechtliche Rechtsform <input type="checkbox"/> Personengesellschaft: _____ <small>(Art der Gesellschaft angeben)</small>				
Ärztlicher Leiter:					
Geschäftsführer (bei GmbH):					
die Zulassung wird beantragt ab:					

## **II. Angaben zu den Gesellschaftern bzw. Gründern des MVZ:**

### *Gesellschafter/Gründer 1*

Titel/Name/ Vorname	
Anschrift Tel/Fax/E-Mail	
Gründer- status <sup>1</sup>	

### *Gesellschafter/Gründer 2*

Titel/Name/ Vorname	
Anschrift Tel/Fax/E-Mail	
Gründer- status <sup>1</sup>	

### *Gesellschafter/Gründer 3*

Titel/Name/ Vorname	
Anschrift Tel/Fax/E-Mail	
Gründer- status <sup>1</sup>	

### *Gesellschafter/Gründer 4*

Titel/Name/ Vorname	
Anschrift Tel/Fax/E-Mail	
Gründer- status <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> Gründungsberechtigt sind: zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, Kommunen.

### III. Ärzte, die in dem MVZ tätig werden sollen

	Name	Fachgebiet / Schwerpunkt	Vertrags- arzt	angestellter Arzt
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IV. Dem Antrag sind beizufügen

- Gesellschaftsvertrag
- vollständiger Handels- bzw. Genossenschaftsregisterauszug (entfällt bei GbR)
- Bürgschaftserklärung (nur bei GmbH)
- ggf. Anträge zur Beschäftigung von angestellten Ärzten sowie die dazugehörigen Unterlagen
- ggf. für jeden Vertragsarzt die Seite 3 dieses Formulars (genehmigungspflichtige Leistungen)

---

Wir versichern, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Uns ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können. Änderungen der in diesem Antrag enthaltenen Angaben werden wir unverzüglich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

---

(Ort, Datum)

---

Gesellschafter/Gründer 1  
Unterschrift/Stempel

---

Gesellschafter/Gründer 2  
Unterschrift/Stempel

---

Gesellschafter/Gründer 3  
Unterschrift/Stempel

---

Gesellschafter/Gründer 4  
Unterschrift/Stempel

## **WICHTIGER HINWEIS der Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**

### **Vor Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung bitte beachten:**

Zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist nur die Person berechtigt, der 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 Liste finden Sie unter:

[www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) → Praxis → Downloadcenter → 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](http://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.
- Ich habe die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen bisher nicht zur Kenntnis genommen. Bitte senden sie mir diese Liste per Post an die auf Seite 1 genannte Anschrift.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten,  
der die Leistungen erbringen soll

- 
- Es liegen bereits Genehmigungen im Rahmen der Zulassung vor, diese sollen für die Anstellung übernommen werden (nur bei Verzicht zugunsten einer Anstellung).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes (Arbeitgeber)  
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ

\_\_\_\_\_  
**und** bei einer MVZ-GmbH Unterschrift des Geschäftsführers