

Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums

gemäß § 95 SGB V

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Kontaktdaten des Antragstellers

ggf. Titel, Vorname, Name

Telefon

Anschrift

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--	--

Name und Sitz des Medizinischen Versorgungszentrums

Name des MVZ

Adresse

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--	--

Wann soll die Tätigkeit des Medizinischen Versorgungszentrums aufgenommen werden?

Gesellschaftsform des Medizinischen Versorgungszentrums

Hinweis: Alle Unterlagen sind der Geschäftsstelle **zur Einsichtnahme im Original vorzulegen**, in Ausnahmefällen auch eine aml. beglaubigte Abschrift. **Bitte fügen Sie zusätzlich Kopien von allen Unterlagen bei.** Diese verbleiben bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses.

Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:

➔ aktueller Gesellschaftsvertrag

Falls der Gründung des MVZ eine Verlegung eines oder mehrerer Vertragsarztsitze zu Grunde liegt:

➔ ausgefüllter Antrag "Verlegung des Vertragsarztsitzes" für jede Verlegung, die erfolgen soll.

Partnerschaftsgesellschaft

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:

- ➔ aktueller Gesellschaftsvertrag
- ➔ Auszug aus dem Partnerschaftsregister

Falls der Gründung des MVZ eine Verlegung eines oder mehrerer Vertragsarztsitze zu Grunde liegt:

- ➔ ausgefüllter Antrag "Verlegung des Vertragsarztsitzes" für jede Verlegung, die erfolgen soll.

Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:

- ➔ aktueller Gesellschaftsvertrag/Satzung
- ➔ Auszug aus dem Handelsregister
- ➔ selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen gem. § 95 Abs. 2 SGB V

eingetragene Genossenschaft

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:

- ➔ aktuelle Satzung
- ➔ Auszug aus dem Genossenschaftsregister

Rechtsform des öffentlichen Rechts

Gründer und Gründereigenschaft

Hinweis: Geben Sie bitte zu **jedem** Gründer die Gründereigenschaft mittels der Nummer (1,2,3,4) an. Reicht der Platz nicht aus, reichen Sie bitte ein separates Blatt für die Benennung der Gründer ein.

Art der Gründereigenschaften

- (1) zugelassener Arzt
- (2) zugelassenes Krankenhaus
- (3) Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen gem. § 126 Abs. 3 SGB V
- (4) gemeinnütziger Träger, der aufgrund von Zulassung/Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt
- (5) Kommune

Angabe der Gründereigenschaft und Gründer namentlich benennen:

Art	ggf. Titel, Vorname, Name
<input type="checkbox"/>	
Art	ggf. Titel, Vorname, Name
<input type="checkbox"/>	
Art	ggf. Titel, Vorname, Name
<input type="checkbox"/>	
Art	ggf. Titel, Vorname, Name
<input type="checkbox"/>	
Art	ggf. Titel, Vorname, Name
<input type="checkbox"/>	
Art	ggf. Titel, Vorname, Name
<input type="checkbox"/>	

Ärztliche Leitung des Medizinischen Versorgungszentrums

Ärztlicher Leiter

ggf. Titel, Vorname, Name

Tätige Ärzte im Medizinischen Versorgungszentrum

Hinweis: Geben Sie bitte für jeden unten aufgeführten Arzt / Psychotherapeuten die Kennziffer des zutreffenden Status (1 oder 2) an. Reicht der Platz nicht aus, reichen Sie bitte ein separates Blatt für die Benennung der tätigen Ärzte/Psychotherapeuten im Medizinischen Versorgungszentrum ein.

Status des Arztes im Medizinischen Versorgungszentrum

zugelassener Vertragsarzt / Psychotherapeut

angestellter Arzt / Psychotherapeut

Angabe der im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte:

- ➔ Für jeden hier aufgeführten angestellten Arzt/Psychotherapeuten muss ein **Antrag auf Anstellung** erfolgen. Das dafür benötigte Formular finden Sie auf der Homepage der KVH (www.kvhh.de) auf der Seite "Formulare" unter dem Stichwort "Anstellung".

Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art	ggf. Titel, Vorname, Name	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wir versichern die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werden wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Gebühren

Hinweis: Nach Bestandskraft der Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhoben.

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 100,00 € fällig. Bitte überweisen Sie auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06 BIC DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "Zulassung für..."

Bitte beachten Sie: Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers