Praxisstempel

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

Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden Zweigpraxis

nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Vertragspsychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) verstanden.

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: https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Antragstellers

(ggf. Titel) Vorname, Name / Medizinischen Versorgungszentrum

ggf. Fachgebiet (Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt wird):

Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft

Hinweis: Es sind alle BAG-Partner anzugeben. Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

1. (ggf. Titel) Vorname Name

2. (ggf. Titel) Vorname Name

3. (ggf. Titel) Vorname Name

Aktueller Vertragsarztsitz: (bitte einen aktuellen **Auszug aus dem Arztregister** beifügen)

Straße

PLZ Ort

Angaben zur geplanten Zweigpraxis:

Straße

PLZ Ort

Die Ermächtigung wird beantragt zum:

. .

Hinweis: Eine Genehmigung kann nur erteilt werden, wenn **die Tätigkeit am Hauptsitz** die Tätigkeit an der Zweigpraxis – bzw. an allen Nebenbetriebsstätten zusammen – **zeitlich überwiegt**.

Bezogen auf den Antragsteller:

Die Sprechstundenzeiten in der Zweigpraxis werden zu folgenden Tages-/Uhrzeiten erbracht:

	Vormittags		Nachmittags	
	von	bis	von	bis
Mo				
Di				
Mi				
Do				
Fr				
Sa				
So				

Wieviele Stunden pro Woche werden Sie insgesamt an der Zweigpraxis tätig sein?

Die Sprechstundenzeiten am Vertragsarztsitz werden zu folgenden Tages-/Uhrzeiten erbracht:

	Vormittags		Nachmittags	
	von	bis	von	bis
Mo				
Di				
Mi				
Do				
Fr				
Sa				
So				

Wieviele Stunden pro Woche werden Sie insgesamt an Ihrem Vertragsarztsitz tätig sein?

Sind Sie darüber hinaus in weiteren, bereits genehmigten Zweigpraxen tätig?

☐ ja (Ort und Sprechzeiten bitte auf einem gesonderten Blatt mitteilen)

☐ nein

Bezogen auf die angestellte Ärzte, die in der Zweigpraxis tätig werden sollen:

(bitte für jeden Angestellten einen **Arztregisterauszug** beifügen)

Hinweis: Reicht der Platz für die Eintragungen auf dieser Seite nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

Daten des Angestellten

Titel, Vorname, Name | LANR

Fachrichtung (Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt wird):

Angestellt mit insgesamt Stunden/Woche:

Wird der Angestellte ausschließlich in der Zweigpraxis tätig sein?

☐ ja und zwar wie folgt:

☐ nein, sondern mit insgesamt _____ Stunden pro Woche und zwar wie folgt:

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Daten des Angestellten

Titel, Vorname, Name | LANR

Fachrichtung (Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunktbezeichnung, die geführt wird):

Angestellt mit insgesamt Stunden/Woche:

Wird der Angestellte ausschließlich in der Zweigpraxis tätig sein?

☐ ja und zwar wie folgt:

☐ nein, sondern mit insgesamt _____ Stunden pro Woche und zwar wie folgt:

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Geplantes Leistungsangebot in der Zweigpraxis

Folgende Leistungen sollen erbracht werden:

Begründung des Antrages

Die Gründung der Zweigpraxis dient der Verbessung der Versorgung, weil (ggf. gesondertes Schreiben beifügen):

Ich/Wir versicher/n die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT meiner/unserer Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde/n ich/wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Ort und Datum	
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners	**Name in Druckbuchstaben**
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners	**Name in Druckbuchstaben**
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners	**Name in Druckbuchstaben**
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners	**Name in Druckbuchstaben**

Gebühren

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** gem. § 46 Abs. 1 lit. b Ärzte-ZV erhoben, die mit der Stellung des Antrags fällig wird. Bitte überweisen Sie diese auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06 BIC: DAAEDEDDXXX

Verwendungszweck "Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis (Name des Antragstellers) "

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, ggf. des BAG-Partners	**Name in Druckbuchstaben**
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners	**Name in Druckbuchstaben**
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners	**Name in Druckbuchstaben**
Unterschrift, ggf. des BAG-Partners	**Name in Druckbuchstaben**

Hinweise:

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb des Bezirks der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

Genehmigungspflichtige Leistungen, die in der Zweigpraxis erbracht werden sollen, sind nur dann abrechnungsfähig, wenn die entsprechende Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg vorliegt. Schicken Sie hierfür bitte ggf. einen gesonderten Antrag an die Abteilung Genehmigung (E-Mail: genehmigung@kvhh.de). Eine Abrechnung kann erst nach Erhalt der Genehmigung erfolgen. Die dafür benötigten Formulare finden Sie unter https://www.kvhh.net/de/praxis/formulare/formulare.html. Bitte beachten Sie, dass die Genehmigung nicht rückwirkend ausgesprochen werden kann.