



## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen auf unserer Website](#).

Soweit sich dieses Antragsformular auf Vertragsärzte bzw. angestellte Ärzte bezieht, gelten die jeweiligen Ausführungen für Vertragspsychotherapeuten bzw. angestellte Psychotherapeuten entsprechend.

### Angaben zur Trägergesellschaft

Name der Trägergesellschaft	
--------------------------------	--

### Rechtsform der Trägergesellschaft

a)  **Gesellschaft bürgerlichen Rechts**

Der Gesellschaftsvertrag ist als Anlage beigefügt.

b)  **Eingetragene Gesellschaft bürgerlichen Rechts**

Nachstehende Unterlagen sind als Anlagen beigefügt:

- Gesellschaftsvertrag
- Auszug aus dem Gesellschaftsregister

c)  **Partnergemeinschaft**

Nachstehende Unterlagen sind als Anlagen beigefügt:

- Gesellschaftsvertrag
- Auszug aus dem Partnerschaftsregister

d)  **Gesellschaft mit beschränkter Haftung**

Nachstehende Unterlagen sind als Anlagen beigefügt:

- Gesellschaftsvertrag und Gründungsprotokoll
- Auszug aus dem Handelsregister
- Bürgschaftserklärung aller Gesellschafter oder  
Angaben zu Sicherheitsleistungen

e)  **gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung**

Nachstehende Unterlagen sind als Anlagen beigefügt:

- Gesellschaftsvertrag und Gründungsprotokoll
- Auszug aus dem Handelsregister
- Bürgschaftserklärung aller Gesellschafter oder Angaben zu Sicherheitsleistungen

f)  **eingetragene Genossenschaft**

Nachstehende Unterlagen sind als Anlagen beigefügt:

- Satzung
- Auszug aus dem Genossenschaftsregister
- Bestellung von Vorstand und Aufsichtsrat
- Bescheinigung eines Mitgliedsprüfverbandes
- Nachweis der Vertreterbefugnis der Vorstandsmitglieder

**Im Fall der Gründung durch eine Kommune:**

g)  **Eigenbetrieb**

Bitte Nachweisführung

h)  **Regiebetrieb**

Bitte Nachweisführung

i)  **Anstalt öffentlichen Rechts:**

- Die Satzung ist als Anlage beigefügt.

<b>Datum der Veröffentlichung:</b>	
------------------------------------	--

j)  **Zweckverband:**

- Die Satzung ist als Anlage beigefügt.

<b>Datum der Veröffentlichung:</b>	
------------------------------------	--

## Geschäftsanschrift<sup>1</sup> und Kommunikationsdaten der Trägergesellschaft

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	
Telefon:		FAX:	
E-Mail:			

## Vertretungsberechtigte der Trägergesellschaft

### 1. Vertretungsberechtigter

Nachname			
Vorname			
Titel (akad. Grad)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
Geburtsdatum			
Funktion	<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Vorstand	<input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Organ / kommunaler Vertreter	<input type="checkbox"/> Prokurist

### 2. Vertretungsberechtigter

Nachname			
Vorname			
Titel (akad. Grad)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
Geburtsdatum			
Funktion	<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Vorstand	<input type="checkbox"/> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Organ / kommunaler Vertreter	<input type="checkbox"/> Prokurist

Weitere Vertretungsberechtigte sind in einer Anlage mit den vorgenannten Angaben benannt.

<sup>1</sup> Sitz der Gesellschaft oder registerrechtlich eingetragene Geschäftsanschrift  
ZA, Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6, 44141 Dortmund (Antrag AF-SI-ZA-019) Stand: 01.2024

### Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum

Bezeichnung  
des MVZ:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

### Leitung des Medizinischen Versorgungszentrums

Die ärztliche Leitung erfolgt durch:

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

LANR:

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

LANR:

- Weitere ärztliche Leiter sind in einer Anlage mit den vorgenannten Angaben benannt.
- Die Nachweisführung (z.B. Arbeitsvertrag) ist als Anlage beigefügt.

### Avisiertes Datum der Zulassung des beantragten MVZ

Mit Wirkung vom:

## Gründungsgesellschafter

Gründungsberechtigt für ein Medizinisches Versorgungszentrum sind nur zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V, gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen.

## Vertragsärzte

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	
<b>LANR:</b>	

Vertragsarztsitz:

<b>(N)BSNR:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>E-Mail:</b>			

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	
<b>LANR:</b>	

Vertragsarztsitz:

<b>(N)BSNR:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>E-Mail:</b>			

- Weitere antragstellende Vertragsärzte sind in einer Anlage mit den vorgenannten Angaben benannt.
- Die Arztregisterauszüge sind als Anlage beigefügt  
(nicht erforderlich für Ärzte, die im Bereich der KVWL zugelassen sind).

## Zugelassene Krankenhausgesellschaft nach § 108 SGB V

Name der Gesellschaft:

Rechtsform:

## Geschäftsanschrift<sup>2</sup> und Kommunikationsdaten der Gesellschaft

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

## Vertretungsberechtigter der Gesellschaft

Vorname:

Name:

Titel  
(akad. Grad):

Nachstehende Unterlagen sind als Anlagen beigefügt:

- Nachweis der Anerkennung als Hochschulklinik

**oder**

- Nachweis der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Bundeslandes

**oder**

- Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen

<sup>2</sup> Sitz der Gesellschaft oder registerrechtlich eingetragene Geschäftsanschrift  
ZA, Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6, 44141 Dortmund (Antrag AF-SI-ZA-019) Stand: 01.2024

## Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V

Name der Gesellschaft:	
Rechtsform:	

## Geschäftsanschrift<sup>3</sup> und Kommunikationsdaten der Gesellschaft

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	
Telefon:		FAX:	
E-Mail:			

## Vertretungsberechtigter der Gesellschaft

Vorname:	
Name:	
Titel (akad. Grad):	

Nachstehende Unterlagen sind als Anlage beigefügt:

- Nachweis der Berechtigung zur Leistungserbringung

<sup>3</sup> Sitz der Gesellschaft oder registerrechtlich eingetragene Geschäftsanschrift  
ZA, Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6, 44141 Dortmund (Antrag AF-SI-ZA-019) Stand: 01.2024

**Praxisnetz nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V**

<b>Name der Gesellschaft:</b>	
<b>Rechtsform:</b>	

**Geschäftsanschrift<sup>4</sup> und Kommunikationsdaten der Gesellschaft**

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>Telefon:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>E-Mail:</b>			

**Vertretungsberechtigter der Gesellschaft**

<b>Vorname:</b>	
<b>Name:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

Nachstehende Unterlagen sind als Anlage beigefügt:

- Nachweis der Anerkennung

<sup>4</sup> Sitz der Gesellschaft oder registerrechtlich eingetragene Geschäftsanschrift  
ZA, Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6, 44141 Dortmund (Antrag AF-SI-ZA-019) Stand: 01.2024

### Gemeinnütziger Träger

Name der Gesellschaft:

Rechtsform:

### Geschäftsanschrift<sup>5</sup> und Kommunikationsdaten der Gesellschaft

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

### Vertretungsberechtigter der Gesellschaft

Vorname:

Name:

Titel  
(akad. Grad):

Nachstehende Unterlagen sind als Anlage beigefügt:

- Nachweis der Berechtigung zur Leistungserbringung

## Kommunen

Name der Gesellschaft:

Rechtsform:

## Geschäftsanschrift<sup>6</sup> und Kommunikationsdaten der Gesellschaft

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

## Vertretungsberechtigter der Gesellschaft

Vorname:

Name:

Titel  
(akad. Grad):

<sup>6</sup> Sitz der Gesellschaft oder registerrechtlich eingetragene Geschäftsanschrift  
ZA, Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6, 44141 Dortmund (Antrag AF-SI-ZA-019) Stand: 01.2024

## Angaben der im MVZ zukünftig tätigen Ärzte

### 1. Im MVZ tätige Vertragsärzte

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	
<b>LANR:</b>	

**Facharztbezeichnung / Schwerpunkt  
bei Psychotherapeuten: Approbation / Richtlinienverfahren**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	
<b>LANR:</b>	

**Facharztbezeichnung / Schwerpunkt  
bei Psychotherapeuten: Approbation / Richtlinienverfahren**

- Weitere zugelassene Vertragsärzte sind in einer Anlage mit den vorgenannten Angaben benannt.

## 2. Im MVZ angestellte Ärzte

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	
LANR:	

<b>Facharztbezeichnung / Schwerpunkt bei Psychotherapeuten: Approbation / Richtlinienverfahren</b>

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	
LANR:	

<b>Facharztbezeichnung / Schwerpunkt bei Psychotherapeuten: Approbation / Richtlinienverfahren</b>

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	
LANR:	

<b>Facharztbezeichnung / Schwerpunkt bei Psychotherapeuten: Approbation / Richtlinienverfahren</b>

- Weitere angestellte Ärzte sind in einer Anlage mit den vorgenannten Angaben benannt.
- Die Anträge auf Genehmigung der Anstellungen sind als Anlage beigefügt.

## Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

## Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 100,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

## Anlagen

- Die Erklärung zur Unterschriftenberechtigung zur Vierteljahresabrechnung gegenüber der KVWL (siehe letzte Seite) liegt ausgefüllt anbei.

## Erklärung zur Datenerhebung

- Ich/Wir habe(n) zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde(n) ich/wir der KVWL mitteilen.

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

Unterschriften **aller** Vertretungsberechtigten der Trägergesellschaft

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift



**Erklärung zur Unterschriftsberechtigung zu den Vierteljahresabrechnungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe**

Die Unterschriftsleistung zu den Erklärungen zur jeweiligen Vierteljahresabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe erfolgt durch u. g. Berechtigten. Sofern nicht alle Mitglieder eines MVZ unterzeichnen, versichert/versichern der/die Unterzeichner die Bevollmächtigung zur Abgabe der Erklärung für alle Mitglieder. Bisher abgegebene Erklärungen zur unterschreibsberechtigten Person der Vierteljahreserklärung werden hierdurch ungültig.

		<b>Unterschriftsberechtigter für die Erklärung zur Vierteljahresabrechnung:</b>
Mit Wirkung vom:	Nachname:	
Unterschriften der Vertretungsberechtigten und Stempel des MVZs	Vorname:	
	..... Unterschriftsprobe	
<p>Sollten mehrere Personen unterschreibsberechtigt sein, wird gebeten, dies auf dem Blatt unten (Name, Vorname und Unterschriftsleistung bzw. Unterschriftsprobe des Unterschriftsberechtigten) mitzuteilen. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum in der Rechtsform einer GmbH muss die Unterschriftsleistung durch den Geschäftsführer der GmbH erfolgen; wird das Medizinische Versorgungszentrum in der Rechtsform einer eingetragenen Genossenschaft betrieben, so sind die genossenschaftsrechtlichen Vertretungsregelungen zu beachten.</p>		
<b>Weitere Unterschriftsberechtigte für die Erklärung zur Vierteljahresabrechnung:</b>		
..... Nachname, Vorname	..... Unterschriftsprobe	