



E-Mail: ZA@KVWL.de Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf **Ermächtigung** zur Gründung einer Zweigpraxis nach §24
Abs. 3 Ärzte-ZV zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Antragsteller: Praxisinhaber / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt
entsprechend der Registereintragung) / **des bestehenden MVZ**

(N)BSNR:	
-----------------	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Angaben zur beantragten Ermächtigung

Anschrift der Zweigpraxis:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

beabsichtigte Aufnahme der Tätigkeit:	
--	--

Umfang in Wochenstunden:	
---------------------------------	--

Entfernung zwischen Vertragsarztsitz und Zweigpraxis (Kilometer und Fahrzeit)	
--	--

Lage der Praxisräume / Kooperation mit einem Krankenhaus

Die Praxis befindet sich in den Räumen einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

nein

ja. Die vertragliche Vereinbarung mit dem Kooperationspartner liegt bei.

Name der Institution

**Folgende Vertragsärzte/-psychotherapeuten bzw. angestellte
Ärzte/Psychotherapeuten¹ sollen in der beantragten Zweigpraxis tätig werden**

Titel, Vorname, Name	Facharztanerkennung	Ggf. LANR

beantragtes Leistungsspektrum

¹ Für angestellten Ärzte/Psychotherapeuten ist eine separate Antragstellung zur Genehmigung der Anstellung erforderlich.

geplante Sprechstundenzeiten

Die Angabe der Sprechstundenzeiten ist nicht erforderlich, wenn die Tätigkeit des angestellten Arztes ausschließlich am beantragten Standort ausgeübt wird (Versorgerzweigpraxis).

Wochentag	Uhrzeit von:	Uhrzeit bis:

Ggf. weitere Sprechstundenzeiten als Anlage anbei zum Antrag senden.

Antragsbegründung (bezogen auf die Versorgungssituation)

Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 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.

(Hinweis: Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von 400 EUR fällig.)

Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe 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 ich der KVWL mitteilen.

Anlagen

- aktuelle und vollständige Auszüge aus dem Arzt-/Therapeutenregister für alle in der Zweigpraxis tätigen Ärzte / Psychotherapeuten liegen als Anlage bei.

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

(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*) / Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.