



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

Antrag auf **Institutsermächtigung** zur Teilnahme
an der vertragsärztlichen Versorgung

Antragsteller

Träger:

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Ansprechpartner:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

Angaben zur beantragten Ermächtigung

Name des Krankenhauses/der Einrichtung

ggf. Unterabteilung

Anschrift des Krankenhauses/der Einrichtung:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

BSNR:

Art der beantragten Ermächtigungen

- Antrag auf Erstermächtigung.
- Antrag auf erneute Ermächtigung in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang.
- Antrag auf Erweiterung der bestehenden Ermächtigung

Die Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wird wie folgt beantragt: (ggf. als Anlage beifügen)

- nach §§ 9,10 der Anlage 9.1 BMV-Ä (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten)
- nach § 31 Ärzte-ZV
- nach § 118 Abs. 1 (Psychiatrische Krankenhäuser)
- nach § 118 Abs. 4 (Tageskliniken)
- nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen)
- nach § 119 SGB V (Sozialpädiatrische Zentren)
- nach § 119a SGB V (ambulante Behandlung in Einrichtungen d. Behindertenhilfe)
- nach § 119c SGB V (MZEB)

Wirkungsdatum:

Zur Erbringung der nachstehenden Leistungen.

Leistungsbezeichnung nach EBM	GOP				

Angaben zur Einrichtung

Zu betreuende Bettenanzahl:	
Radiologie am Haus? Ja/nein	
Falls ja: Name:	
Falls nein: wer ist für die Radiologie verantwortlich?	
Labor am Haus? Ja/nein	
Falls ja: Name:	
Falls nein: wer ist für das Labor verantwortlich?	
Führt bereits ein anderer Arzt am Haus die beantragten Leistungen ambulant durch?	
Falls ja: Name: Ggf. wird um Übersendung einer entsprechenden Verzichtserklärung gebeten.	

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.

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Sofern eine Erstermächtigung beantragt wird, ist eine Abbuchung der 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung nicht möglich. Daher wird um Überweisung der Antragsgebühr gebeten.

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.

Anlagen

- Beglaubigte Fotokopien der Approbationen sowie der Facharztanerkennungen der aufgeführten Ärzte (sofern diese nicht bei der Registerstelle der KVWL eingetragen sind) liegen als Anlagen bei.

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

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)