



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

Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit

- in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
 an KV-übergreifenden Vertragsarztsitzen

Antragsteller: Praxisinhaber / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

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

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnung	
--	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	
BSNR:			

und

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

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

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnung	
--	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

BSNR:	
--------------	--

Weitere Antragsteller bitte ergänzen (ggf. in einer Anlage):

Die o.g. Teilnehmer beantragen die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit den o.g. Vertragsarztsitzen

mit Wirkung ab dem:	
----------------------------	--

Angaben zu den Standorten

Hauptbetriebsstätte:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Entfernung der Vertragsarztsitze in km:	
--	--

Nur für Antragsteller, die in einem anderen KV-Bereich niedergelassen sind zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden BAG

- Ein aktueller und vollständiger Auszug aus dem Arzt-/Therapeutenregister ist beigelegt.

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.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

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

Antragsgebühr

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

Für Antragsteller, die bislang nicht im Bereich der KVWL zugelassen sind:

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

Ein von allen zukünftigen Partnern unterschriebener BAG-Vertrag

- ist beigelegt.
- wird aufgrund des Verwandtschaftsverhältnisses nicht abgeschlossen.
- Im Falle durch die Beantragung einer eGbR ist der Auszug aus dem Gesellschaftsregister beigelegt
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu der Antragsstellung und unsere Antragsfristen.

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.