

Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
PF 2019
99401 Weimar

Posteingangsstempel

A N T R A G
auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten
(Nebenbetriebsstätten) gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Kassenärztlichen Vereinigung des Hauptvertragsarztsitzes ist nur mit einer Ermächtigung des für die Nebenbetriebsstätte zuständigen Zulassungsausschusses zulässig.

1. Antragsteller

.....
Titel, Name

.....
Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsort

.....
Fachgebietsbezeichnung

.....
Schwerpunktbezeichnung

.....
aktuelle Praxisanschrift (PLZ, Ort; Straße, Nr., Telefon, Fax) der Hauptpraxis

im Bereich der KV

ggf. zusätzliche Angabe zur telefonischen Erreichbarkeit tagsüber:
.....

2. Ich beantrage die Ermächtigung für den Ort (Nebenbetriebsstätte):

.....
PLZ, Ort

.....
Straße, Nr.

.....
Telefon

.....
Fax

.....
E-Mail

zum

voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme

Entfernung zwischen Vertragsarztsitz und Nebenbetriebsstätte: km:

Fahrzeit:

Leistungsspektrum in der Nebenbetriebsstätte:

- gesamtes Leistungsspektrum
- besondere ärztliche Leistungen

.....

.....

.....

geplante Sprechstunden in der Nebenbetriebsstätte:

Wochentag	Vormittag von - bis	Nachmittag von - bis
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

Bemerkungen / Begründung des Antrages oder ggf. weitere Angaben / Ergänzungen:

.....

.....

.....

.....

.....

Sprechzeiten in der Hauptpraxis:

Wochentag	Vormittag von - bis	Nachmittag von - bis
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

voller Versorgungsauftrag

hälftiger Versorgungsauftrag

3. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

aktueller und vollständiger Arztregisterauszug

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können.

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Bitte entrichten Sie diese erst nach Aufforderung. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Hinweis:

Sollten Sie ambulante Operationen oder ambulante Anästhesien erbringen wollen, bitten wir Sie, dies umgehend bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen anzuzeigen und einen auf dem EBM basierenden Leistungskatalog unter Angaben der einzelnen Gebührenpositionen einzureichen.

Mir ist bekannt, dass ich genehmigungspflichtige Leistungen nach § 135 SGB V (Röntgen, Sonografie, Psychosomatik etc.) nur erbringen kann, wenn die Voraussetzungen durch mich nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde. Eine Aufstellung aller genehmigungspflichtiger Leistungen finden Sie unter www.kvt.de, Themen A – Z, [Genehmigungspflichtige](#) und zulassungsbeschränkte [Leistungen](#).

Nach § 95 d SGB V besteht eine [Fortbildungsverpflichtung](#), die alle fünf Jahre nachzuweisen ist.

Für zugelassene oder angestellte Ärzte besteht die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen [Bereitschaftsdienst](#).

Nach § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur Versorgung (Barrierefreiheit) informieren. Ihre Praxisdaten mit Ihrer telefonischen Erreichbarkeit werden somit im Internetauftritt der KV Thüringen ([Arztsuche](#)) veröffentlicht.

Zur Kenntnis genommen:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift