Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Posteingangsstempel

ANTRAG
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. Dieses Dokument kann elektronisch ausgefüllt und gespeichert werden. Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird.

1. Antragsteller

.....
Titel, Vorname(n), Name(n) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten; Name des MVZ

bei Vertragsärzten ....
Geburtsdatum Geburtsort (falls nicht in Deutschland, Geburtsland)

.....
Praxisanschrift (PLZ, Ort, Ortsteil, Straße, Hausnummer)

....
Telefon E-Mail

Fachgebiet: .....

Schwerpunkt: .....

KV der Hauptbetriebsstätte .....

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

◯ für mich ◯ zur Anstellung von .....
Titel, Vorname(n), Name(n) des anzustellenden Arztes

.....
Praxisanschrift der Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort , Ortsteil, Straße, Hausnummer)

zum .....
Datum der Tätigkeitsaufnahme

Die Entfernung zwischen Vertragsarztsitz und Nebenbetriebsstätte beträgt ca. ..... km.

Die Fahrzeit hierfür beträgt ca. ..... min.

3. Leistungsspektrum in der Nebenbetriebsstätte:

◯ gesamtes Leistungsspektrum

◯ nur folgende ärztliche Leistungen (EBM-GOP aufzählen)

.....

.....

4. Sprechstunden

geplante Sprechstunden in der Nebenbetriebsstätte:

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

Begründung des Antrages oder ggf. weitere Angaben/Ergänzungen:

.....

.....

.....

Sprechzeiten in der Hauptbetriebsstätte:

◯ 1,0 Versorgungsauftrag ◯ 0,75 Versorgungsauftrag ◯ 0,5 Versorgungsauftrag

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

5. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

◯ aktueller und vollständiger Arztregisterauszug des Vertragsarztes

◯ Zulassungsbescheid des MVZ

Hinweise:

Für die Bearbeitung des Antrages auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV wird gemäß § 46 Ärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 erhoben. Diese ist nach Aufforderung zu entrichten. Erst dann wird Ihr Antrag dem Zulassungsausschuss für Ärzte zur Entscheidung vorgelegt.

Leistungen nach § 135 SGB V (z. B. Röntgen, Sonographie, Psychosomatik, etc.) dürfen nur dann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und abgerechnet werden, wenn neben der Ermächtigung hierfür eine **besondere Genehmigung** erteilt wurde. Hierzu sind ebenfalls gesonderte Anträge an die KV Thüringen zu stellen.

Alle auf der Grundlage einer Genehmigung gem. § 24 Abs. 3 Satz 9 Ärzte-ZV teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind nach § 4 der Bereitschaftsdienstordnung der KV Thüringen verpflichtet, am **ärztlichen Bereitschaftsdienst** teilzunehmen und sich an der regionalen Umlage zu beteiligen.

Nach § 95 d SGB V besteht eine Fortbildungsverpflichtung, die alle fünf Jahre nachzuweisen ist.

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 werden somit im Internetauftritt der KV Thüringen (Arztsuche) veröffentlicht.

Ich habe die o.g. Hinweise zur Kenntnis genommen und versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers/MVZ-Geschäftsführers