

Umstellung der Zulassung (Änderung der Gebietsbezeichnung)

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Umstellung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Umstellung der Zulassung
- Urkunde über die Gebiets- / Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnung
(Original oder amtlich beglaubigte Kopie; sofern keine Eintragung im Arztregister der KV Hessen vorliegt)
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr in Höhe von € 120,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag im BeratungsCenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor.

Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten 14 Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des im Formular näher bezeichneten Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28
BIC: DAAEDEDXXX

III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:

Die **Übersendung von Originalunterlagen ist**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können nicht zurückgeschickt werden. Bitte heften Sie Ihre Unterlagen nicht, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Bitte nutzen Sie nur einen Versandweg für Ihren Antrag. Für eine elektronische Übermittlung können folgende Kontaktdaten genutzt werden:

- zulassungsausschuss@kvhessen.de
- sicherstellung@kvhessen.kim.telematik (KIM-Dienst)
- bebpo-za@kvhessen.de (nur von Rechtsanwälten nutzbar)

Auch die Übersendung auf dem Postweg ist möglich.

Haben Sie Ihre Unterlagen im für Sie zuständigen BeratungsCenter abgegeben, erübrigt sich eine nochmalige Zusendung derselben Unterlagen. Gleiches gilt für die Nachreichung angeforderter Unterlagen.

Bitte beachten Sie, dass die Terminierung eines Antrages für eine Sitzung des Zulassungsausschusses erst erfolgen kann, wenn alle angeforderten Unterlagen vollständig hier eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.

Die Bestimmungen gelten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gleichermaßen.

IV. DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link www.kvhessen.de/datenschutz.

Antrag auf Umstellung der Zulassung (Änderung der Gebietsbezeichnung)

ZULASSUNGS
AUSSCHUSS
HESSEN



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zulassungsausschuss für Ärzte und
Zulassungsausschuss/Psychotherapie
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des
BeratungsCenters der KVH

Das Antragsformular bitte vollständig und in Großbuchstaben ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. Persönliche Angaben

| | | | |
|---|----------|--------------|-------|
| Titel, Name: | | | |
| Vorname(n): | | | |
| Hauptwohnsitz: | | Straße, Nr.: | |
| | | PLZ: | Ort: |
| Praxisadresse: | | Straße, Nr.: | |
| | | PLZ: | Ort: |
| Optional zur schnelleren Kontaktaufnahme: | Telefon: | | Fax: |
| | E-Mail: | | BSNR: |

2. Vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit

Ich beantrage die Umstellung der Zulassung

vom:
(Fachgebietsanerkennung - ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung lt. Zulassungsstatus)

auf:
(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)

mit Wirkung zum:

Die entsprechende Urkunde ist beigefügt.

Bitte entsprechende Urkunde beifügen -Original oder amtlich beglaubigte Kopie-; sofern keine Eintragung im Arztregister der KV Hessen vorliegt.

| |
|---|
| 3. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen |
| Mir ist bekannt, dass für die Ausführung und Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und diese Leistungen -unabhängig vom Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt bzw. abgerechnet werden, wenn hierfür von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine zusätzliche Genehmigung bzw. Anerkennung vorliegt. |
| Mir ist zudem bekannt, dass eine rückwirkende Genehmigung nicht möglich ist und die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigungen zulässig ist und Honoraranspruch besteht. |
| Auch ist mir bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V gibt, die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraussetzt. |
| Abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden sind, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. |
| Die Antragsformulare finden Sie auf unserer Homepage (www.kvhessen.de). Bitte beachten Sie, dass die Genehmigungen standortbezogen erteilt werden, d. h. für Nebenbetriebsstätten müssen für den jeweiligen Standort nochmals entsprechende Genehmigungen beantragt werden. |
| 4. Wichtige Hinweise |
| Jede Änderung bzw. Beendigung der genehmigten Anträge auch im Hinblick auf den Status des Vertragsarztes bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann -wie auch jede sonstige Genehmigung- nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden. |
| 5. Antragsgebühren <u>nur</u> bei Umstellung der Zulassung |
| <input type="checkbox"/> Der Betrag in Höhe von € 120,- wurde am _____ auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, mit dem Verwendungszweck „ ZA 2.5 Umstellung / Name des Antragstellers “ überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank). |
| Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragsingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen. |
| Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen. Durch Ihre Unterschrift geht die in der angefügten Checkliste dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über. |

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel)