

Antrag auf Erweiterung der Anstellungsgenehmigung bzw. Wegfall einer Gebiets- / Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnung

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Erweiterung der Anstellungsgenehmigung bzw. Wegfall einer Gebiets- / Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnung sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Erweiterung der Anstellungsgenehmigung bzw. Wegfall einer Gebiets- / Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnung
- Urkunde über die Gebiets- / Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnung (nur bei Erweiterung)
(Original oder amtlich beglaubigte Kopie; sofern keine Eintragung im Arztregister der KV Hessen vorliegt)
- entsprechende Ergänzung zum Arbeitsvertrag
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr

WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr 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 die 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 entsprechenden Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28

BIC: DAAEDEDXXX

ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:

Um Ihnen Ihr Antragsverfahren zu erleichtern, ist die **Übersendung von Originalunterlagen**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können daher nicht an Sie zurückgeschickt werden.

Aufgrund dieser Verfahrenserleichterung bitten wir Sie, nur eine Form der Übersendung von Anträgen zu wählen. Entweder entscheiden Sie sich für eine elektronische **Zusendung per Fax oder E-Mail oder** Sie schicken uns Ihre Anträge nebst Anlagen **auf dem Postweg** zu.

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.

Zudem beachten Sie bitte bei Ihrer Praxisplanung, dass alle im Zusammenhang mit den Verfahren Ermächtigung, Sonderbedarf oder Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis in Hessen stehenden Anträge (Neuanträge, Anstellungen, sonstige Änderungen) einer Antragsfrist von zehn Wochen bedürfen.

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 erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

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

Antrag auf Erweiterung der Anstellungsgenehmigung bzw. Wegfall einer Gebiets- / Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnung

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

a) 1. Praxisinhaber

(Bei Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 - Seite 3 und 4) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.

Titel, Name/ Firma:

Vorname(n):

Vertragspraxis:

Straße, Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon (tagsüber):

Fax:

E-Mail:

BSNR:

b) Angestellter Arzt

Titel, Name:

Vorname(n):

2. Erweiterung/Wegfall einer Gebiets-, Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnung

Für den angestellten Arzt wird die Erweiterung um die den Wegfall der zur Zeit geführten beantragt/angezeigt:

a) Gebietsbezeichnung:

b) Schwerpunktbezeichnung:

c) Teilgebietsbezeichnung:

mit Wirkung zum:

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

Nur für Kinderärzte mit Schwerpunkt- bzw. Teilgebietsbezeichnung

Im Falle der Erweiterung als Kinder- und Jugendarzt um die o.g. Schwerpunkt-/ Teilgebietsbezeichnung wird er an der

hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

haus- und fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

3. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen	
Uns 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.	
Uns 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 uns 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 Erweiterung 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 3.11 Erweiterung / Name Praxisinhaber / Name des Angestellten “ 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.	

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 1)

(Ort, Datum)

(Unterschrift angestellter Arzt)

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)			
2. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 2)			
3. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 3)			
4. Praxisinhaber			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 4)			

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller
 (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)

5. Praxisinhaber

Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:

 (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 5)

6. Praxisinhaber

Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:		Ort:
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:

 (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 6)

7. Praxisinhaber

Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:

 (Unterschrift und Stempel Praxisinhaber zu 7)