

ANTRAG

AUF BESCHÄFTIGUNG EINES/EINER ANGESTELLTEN ARZTES / ÄRZTIN IN EINEM MEDIZINISCHEM VERSORGUNGSZENTRUM (MVZ) GEM. § 95 ABS. 1 UND 2 SGB V

Name/Bezeichnung des MVZ		
PLZ/Ort/Ortsteil/Betriebsstätte		
Straße, Nr.		
Gesellschaftsform		
Telefon	Vorwahl-Nr.:	Ruf-Nr.:
E-Mail		

Hiermit beantragen wir, Herrn/Frau

Titel		
Vorname		
Name		
geboren am		
Approbation erteilt am		
der/die über die Anerkennung als		verfügt
(Facharztanerkennung)		

mit Wirkung vom

als angestellte/n Arzt/Ärztin im obigen MVZ beschäftigen zu dürfen.

Der/die angestellte Arzt/Ärztin soll in dem MVZ in folgendem Umfang tätig werden:

- bis zu 10 Stunden/Woche (0,25)
- über 10 Stunden bis zu 20 Stunden/Woche (0,5)
- über 20 Stunden bis zu 30 Stunden/Woche (0,75)
- über 30 Stunden/Woche (1,0)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bevollmächtigte(n) des MVZ

Uns ist bekannt, dass genehmigungspflichtige Leistungen durch den/die angestellte/n Arzt/Ärztin des MVZ nur dann erbracht und abgerechnet werden dürfen, wenn eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz oder der zuständigen Fachkommission vorliegt.

Von dem/von der anzustellenden Arzt/Ärztin sind folgende Urkunden/Bescheinigungen/Zeugnisse (Original oder amtlich beglaubigte Abschriften bzw. Kopien) vorzulegen:

- Arztregisterauszug (sofern nicht im Arztregister der KV RLP eingetragen)
- unterschriebener Lebenslauf
- polizeiliches Führungszeugnis – Belegart 0
- Erklärung des/der Arztes/Ärztin, ob er/sie rauschgiftsüchtig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, oder sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgift unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen sowie Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses gemäß Seite 3 dieses Antrages
- ggf. Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der/die Arzt/Ärztin bisher niedergelassen oder zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben
- Arbeitsvertrag mit dem MVZ

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bevollmächtigte(n) des MVZ

ANLAGE 1

ERKLÄRUNG DES/DER ANZUSTELLENDEN ARZTES/ÄRZTIN GEM. § 18 ABS. 2 D) UND E) ÄRZTE-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren nicht war, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Rauschgift oder Trunksucht unterziehen musste und keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines ärztlichen Berufes entgegenstehen.

Ort, Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis.

Ort, Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in folgenden Dienst- oder Beschäftigungsverhältnissen:

Diese Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse werde ich zum _____ beenden.

Ort, Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift

- Diese Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse werden mit einer Wochenstundenzahl von _____ weitergeführt.

Ort, Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift

GEBÜHREN

Gemäß § 38 der Zulassungsverordnung für Ärzte wird über gebührenpflichtige Anträge erst **nach Entrichtung** der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Geht der Nachweis über die Entrichtung der Gebühr nicht **vor der Sitzung** des Zulassungsausschusses bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses ein, gilt der Antrag als zurückgenommen.

Für den Antrag auf Zulassung werden laut Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Abschnitt XII § 46 folgende Gebühren erhoben:

- | | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1 b) | Bei Antrag des/der Arztes/Ärztin oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung | €100,00 |
| 1 c) | Bei sonstigen Anträgen, mit denen der/die Arzt/Ärztin, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses anstrebt | €120,00 |

Hinweis:

Bei mehreren in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzten wird die Gebühr von **€120,00 jeweils pro Arzt/Ärztin** fällig.

ÜBER DIE ZU ENTRICHTENDEN GEBÜHREN ERHALTEN SIE EINE SEPARATE RECHNUNG.

ACHTUNG !!!

Genehmigungspflichtige Leistungen sind erst nach schriftlicher Genehmigung abrechenbar.

Sollten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht werden, ist eine Ausführungs- und Abrechnungsgenehmigung zu beantragen. Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation bzw. die Qualifikation als psychologischer Psychotherapeut in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht ausreichend ist.

Neben der fachlichen Befähigung des Arztes, psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, müssen gegebenenfalls die Vorgaben zu apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungs-Vereinbarungen sowie -Richtlinien geprüft werden.

Festzuhalten ist, dass genehmigungspflichtige Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden dürfen, wenn hierfür die schriftliche Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz erteilt wurde.

Nachstehend haben wir Ihnen alle genehmigungspflichtigen Leistungen zusammengestellt. Mit diesem Vordruck können Sie die entsprechenden Antragsunterlagen anfordern:

- Auf dem Postweg:
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Regionalzentrum Trier
Abt. Qualitätssicherung / I.7
Balduinstr. 10-14
54290 Trier
- Per Telefaxnummer: 0651/4603-171
- Die entsprechenden Antragsformulare können Sie auch selbst unter folgendem Link downloaden:
„<http://www.kv-rlp.de/info-center/info-center/formulare-antraege.html>“
- Telefon-Service-Center: 06131/326-326
Bei Fragen werden Sie gerne mit einem Ansprechpartner der Abteilung Qualitätssicherung verbunden.

Nachfolgend angekreuzte Antragsformulare senden an:

.....
ggf. Titel Name, Vorname

.....
Anschrift (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

.....
Telefon

Arzt

Psychologischer Psychotherapeut

gewünschte Antragsformulare bitte ankreuzen

1. Akupunktur
2. Ambulante Op/stationsersetzende Eingriffe (§ 115 b Abs. 1 SGB V)
3. Apherese
4. Arthroskopie
5. Balneophototherapie
6. Chirotherapie
7. Computertomographie
8. Diabetischer Fuß (EBM)
9. Dialyse (Blutreinigungsverfahren)
10. Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger
11. Früherkennungsuntersuchungen (Zusatzleistung U10/U11/J2)
12. Funktionsstörung der Hand
13. Funktionsanalyse Herzschrittmacher
14. Hausarztzentrierte Versorgung (Zusatzleistung)
15. Hautkrebs-Screening (EBM)
16. Hautkrebs-Screening (Zusatzleistung)
17. Histopathologie -im Rahmen des Hautkrebs-Screening-
18. HIV / AIDS
19. Homöopathie -Strukturvertrag- (Zusatzleistung)
20. Interventionelle Radiologie (Angiographie)
21. Invasive Kardiologie
22. Kernspintomographie
23. Knochendichtemessung
24. Koloskopie (präventiv/kurativ)
25. Künstliche Befruchtung
26. Laboruntersuchungen (nur wenn die Leistungen nach **Abschnitt 32.3** EBM persönlich erbracht werden)
27. Langzeit-EKG
28. Mammographie
29. Neugeborenen-Screening (Labor - TMS)
30. Nuklearmedizin

gewünschte Antragsformulare bitte ankreuzen

31. Onkologie (onkologisch qualifizierter Arzt, Zusatzleistung)
32. Onkologische Nachsorge (Zusatzleistung)
33. Otoakustische Emissionen
34. Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
35. Phototherapeutische Keratektomie
36. Polygraphie
37. Polysomnographie
38. Psychosomatische Leistungen
- Psychosomatische Grundversorgung
 - Autogenes Training
 - Hypnose
 - Jacobsonsche Relaxationstherapie
39. Psychotherapie (PT, Analyse, VT)
40. Radiologie
41. Rehabilitation (Verordnung)
42. Schmerztherapie
43. Schmerztherapeutische Einrichtung
44. Schwangerschaftsabbruch
45. Sonographie
46. Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
47. Soziotherapie (Verordnung)
48. Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
49. Strahlentherapie
50. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
51. Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle der Brust
52. Zytologie (Karzinome der weiblichen Genitale)

Datum

Unterschrift