



**Zulassungsausschuss**  
c/o KV RLP  
Hauptverwaltung Mainz  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

## Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

\_\_\_\_\_  
Name/Bezeichnung des MVZ

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort/Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
ab

■ **Gründer des MVZ sind:**

\_\_\_\_\_  
Titel/Vorname/Name/Fachgebiet

1. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort/Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail

\_\_\_\_\_  
Titel/Vorname/Name/Fachgebiet

2. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort/Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail

---

Titel/Vorname/Name/Fachgebiet

3. 

---

PLZ/Ort/Straße

---

Telefon

E-Mail

---

Titel/Vorname/Name/Fachgebiet

4. 

---

PLZ/Ort/Straße

---

Telefon

E-Mail

---

Titel/Vorname/Name/Fachgebiet

5. 

---

PLZ/Ort/Straße

---

Telefon

E-Mail

■ **Das MVZ hat folgende Rechtsform:**

- GbR
- PartGG
- GmbH
- eingetragene Genossenschaft
- öffentlich rechtliche Rechtsform \_\_\_\_\_

■ **Nachfolgende Vertragsärzte im Status der Zulassung werden tätig:**

---

Titel/Vorname/Name	Fachgebiet *	ggf. Schwerpunkt
--------------------	--------------	------------------

---

Titel/Vorname/Name	Fachgebiet *	ggf. Schwerpunkt
--------------------	--------------	------------------

---

Titel/Vorname/Name	Fachgebiet *	ggf. Schwerpunkt
--------------------	--------------	------------------

---

Titel/Vorname/Name	Fachgebiet *	ggf. Schwerpunkt
--------------------	--------------	------------------

---

Titel/Vorname/Name	Fachgebiet *	ggf. Schwerpunkt
--------------------	--------------	------------------

\* Für Fachärzte für Innere Medizin ist anzugeben, ob sie an der haus- oder fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

■ Für folgende Ärzte sind Anträge auf Genehmigung als angestellter Arzt im MVZ beigefügt:

Titel/Vorname/Name	Fachgebiet	Wochenstunden	Beschäftigung ab
Titel/Vorname/Name	Fachgebiet	Wochenstunden	Beschäftigung ab
Titel/Vorname/Name	Fachgebiet	Wochenstunden	Beschäftigung ab
Titel/Vorname/Name	Fachgebiet	Wochenstunden	Beschäftigung ab
Titel/Vorname/Name	Fachgebiet	Wochenstunden	Beschäftigung ab

■ Die ärztliche Leitung erfolgt durch:

1. 

---

Titel/Vorname/Name/Fachgebiet  

---

PLZ/Ort/Straße
2. 

---

Titel/Vorname/Name/Fachgebiet  

---

PLZ/Ort/Straße

Diesem Antrag sind folgende erforderliche Unterlagen im Original oder als beglaubigte Abschrift beigefügt:

- Gesellschaftsvertrag in der aktuellen Fassung (bei GbR/GmbH/Partnerschaftsgesellschaft)
- Partnerschaftsregisterauszug (bei Partnerschaftsgesellschaften)
- Handelsregisterauszug (bei GmbH)
- Genossenschaftsregisterauszug (bei eG)
- aktuelle Satzung (bei eG)
- Antrag auf Genehmigung eines angestellten Arztes, sofern die Beschäftigung von angestellten Ärzten beantragt werden soll
- selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung aller Gesellschafter (bei GmbH gemäß § 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V)
- Sicherheitsleistung nach § 232 BGB
- Nachweis des Bestehens eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes gemäß § 95e SGB V durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG

**Die Nachweise der Gründervoraussetzungen durch Urkunden im Original oder als beglaubigte Abschrift sind beigefügt bzw. werden nachgereicht (Zutreffendes bitte ankreuzen) zum Beispiel für:**

- a) Vertragsärzte
  - Arztregisterauszug, soweit eine Zulassung **außerhalb** von Rheinland-Pfalz besteht
  - ist beigefügt
  - wird nachgereicht
  
- b) Träger eines zugelassenen Krankenhauses nach § 108 SGB V
  - Versorgungsvertrag oder Nachweis der Aufnahme in den Krankenhausplan
  - ist beigefügt
  - wird nachgereicht
  
- c) Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V
  - Aktueller Bescheid
  - ist beigefügt
  - wird nachgereicht
  
- d) Gemeinnütziger Träger, der aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt
  - Aktueller Zulassungsbescheid und Freistellungsbescheid
  - ist beigefügt
  - wird nachgereicht
  
- e) Kommune
  - Zustimmung Aufsichtsbehörde
  - ist beigefügt
  - wird nachgereicht

## Erklärungen

- Wir haben zur Kenntnis genommen, dass jede Änderung der Betriebsstätte, der Sprechstundenzeiten, Telefonnummer, Telefaxnummer, Beendigung des MVZ, Beendigung der Tätigkeit von im MVZ tätigen Ärzten, Aufgabe einer genehmigungspflichtigen Tätigkeit, Änderung der zum Führen berechtigten akademischen Grade, unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) bzw. dem Zulassungsausschuss anzuzeigen ist.
- Wir erklären hiermit unser Einverständnis, dass die Zulassung als MVZ (= Anschrift der Betriebsstätte, Sprechstundenzeiten, Telefonnummer, Telefaxnummer, genehmigungspflichtige Tätigkeitsbereiche im Sinne von § 135 Abs. 2 SGB V) im Internet veröffentlicht wird.
- Wir versichern, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Uns ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können. Darüber hinaus haben wir zur Kenntnis genommen, dass für jeden angestellten Arzt gesondert eine Genehmigung zur Abrechnung der entsprechenden genehmigungspflichtigen Leistungen zu beantragen ist.

---

Ort/Datum

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift des ärztlichen Leiters

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift des ärztlichen Leiters

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift Gründer

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift Gründer

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift Gründer

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift Gründer

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift Gründer

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift Leistungserbringer

---

Titel/Vorname/Name

---

Unterschrift Leistungserbringer

## Hinweise | Gebühren

- Eine Entscheidung über Ihren Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss (ZA) ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen **rechtzeitig (mindestens zwölf Wochen)** vor der nächsten Sitzung des ZA vorliegen. Andernfalls kann unter Umständen Ihr Antrag in der nächsten Sitzung des ZA nicht entschieden werden.
- Für bestimmte Leistungen ist über die Zulassung hinaus eine Genehmigung der KV RLP erforderlich. Um welche Leistungen es sich handelt, können Sie bei der KV RLP, **Abteilung Qualitätssicherung**, erfragen. Eine Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist erst vom Tage des Zugangs des Genehmigungsbescheides der KV RLP angegeben. Für jeden angestellten Arzt muss die Genehmigung gesondert beantragt werden. Die Erteilung der Genehmigung muss auch dann beantragt werden, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit durch Vertragsärzte erbracht werden soll.

Die erforderlichen Formulare erhalten Sie bei der KV RLP (**Abteilung Qualitätssicherung**) oder im Internet unter

[www.kv-rlp.de/223344](http://www.kv-rlp.de/223344)

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass Sie den Hinweis auf die genehmigungspflichtigen Leistungen zur Kenntnis genommen haben.

- Über die zu entrichtenden Antragsgebühren erhalten Sie eine separate Rechnung. Bei mehreren in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzten ist die Antragsgebühr **jeweils pro Arzt** fällig.

## Genehmigungspflichtigen Leistungen für Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten

Das ergänzende Formular „Genehmigungspflichtigen Leistungen“ finden Sie ab sofort eigenständig auf unserer Homepage [www.kv-rlp.de](http://www.kv-rlp.de) wie folgt:

- ⇒ Im Bereich PRAXIS > Praxisorganisation > Formulare > unter dem Buchstaben G
- ⇒ Oder unter der Suchfunktion die Webcode-Ziffern 876243

siehe hier:



### Formulare

Auf dieser Seite finden Sie gesammelt die Formulare der KV RLP und ihrer Partner, darunter auch Anträge und Vorlagen.

A B C D E F **G** H I J K L M N O P Q R S T U V W Z

#### Übersicht

Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle	▼
Genehmigungspflichtige Leistungen	▼

  

<b>Genehmigungspflichtige Leistungen</b>	▲
<a href="#">&gt; Genehmigungspflichtige Leistungen Fachgruppen</a>	
▲ Element schließen	

Wir bitten um Beachtung. Vielen Dank.