

KV RLP
Hauptverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Fax 06131 326-152

Antrag auf Beschäftigung eines angestellten Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 und 2 SGB V

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

BSNR

Telefon

Telefax

E-Mail

Ich/wir beantrage(n)

Titel/Vorname/Name

Geburtsdatum

Facharzt für

ab

Anstellungsort

als angestellten Arzt im obigen MVZ beschäftigen zu dürfen.

Er soll in folgendem Umfang (Anrechnung bedarfsplanerisch*) tätig werden:

Stunden (* bis zu 10 Stunden/Woche = 0,25)

Stunden (* über 10 Stunden/Woche = 0,5)

Stunden (* über 20 Stunden/Woche = 0,75)

Stunden (* über 30 Stunden/Woche = 1,0)

- Bei einem MVZ mit mehreren Standorten: der angestellte Arzt soll an folgenden Standorten des MVZ tätig werden:

Ort, Straße, BSNR/NBSNR	Stunden
Ort, Straße, BSNR/NBSNR	Stunden
Ort, Straße, BSNRNBSNR	Stunden
Ort, Straße, BSNRNBSNR	Stunden
Ort, Straße, BSNRNBSNR	Stunden
Ort, Straße, BSNRNBSNR	Stunden

Handelt es sich um eine **Zweigpraxis**, ist an die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) ein Antrag auf Zweigpraxisgenehmigung zu richten.

Datum

Unterschrift des/der Bevollmächtigte(n) des MVZ

Von dem anzustellenden Arzt auszufüllen:

- Zur Zeit tätig

Funktion

derzeitiger Tätigkeitsumfang

Arbeitgeber

- Das Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis kann zum

Datum

beendet bzw. im Umfang auf

Stunden/

Woche
reduziert werden.

- Erklärung

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich nicht innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegen.

- Bemerkungen

Folgende benötigte Unterlagen sind beigelegt:

- Arbeitsvertrag
- Auszug aus dem Arztregister (sofern nicht im Arztregister der KV RLP eingetragen) im Original oder als beglaubigte Abschrift
oder
- Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister
- Nachweise über die **nach** der Arztregistereintragung ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten sowie Urkunden über erworbene Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen im Original oder als beglaubigte Abschrift

unterschriebener Lebenslauf

Das behördliche Führungszeugnis

Belegart O bzw.

Belegart OE (für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln)

ist beantragt

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift des anzustellenden Arztes

Hinweise

- Über die zu entrichtende Antragsgebühr erhalten Sie eine separate Rechnung.
- Eine Entscheidung über Ihren Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss (ZA) ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen **rechtzeitig (mindestens vier Wochen)** vor der nächsten Sitzung des ZA vorliegen. Andernfalls kann unter Umständen Ihr Antrag in der nächsten Sitzung des ZA nicht entschieden werden.

Fax: 0261 39002-5170

Genehmigungspflichtige Leistungen

Sollten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht werden, ist eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung zu beantragen.

Rückwirkende Genehmigungen sind nicht möglich.

Nachstehend haben wir Ihnen alle genehmigungspflichtigen Leistungen zusammengestellt.

Mit diesem Vordruck können Sie die entsprechenden Antragsunterlagen auf der Website unter dem Webcode: www.kv-rlp.de/223344 downloaden oder bei uns anfordern:

- Auf dem Postweg:
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Regionalzentrum Trier
Abt. Qualitätssicherung / I.7
Balduinstr. 10-14, 54290 Trier
- Per Fax: 0261 39002-5170
- 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 Vorname, Name

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

.....
Telefon

.....
LANR (falls bekannt)

- Arzt
- Psychologischer Psychotherapeut

Grund der Zusendung:

- Niederlassung / Ermächtigung ab: _____
- Nebenbetriebsstätte / Zweigpraxis
- Angestellter Arzt bei: _____
- Umzug
- Neues Gerät

Gewünschte Antragsformulare bitte ankreuzen oder mittels Webcode* auf unserer Website downloaden:

- | | | | |
|-----|--------------------------|---------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> | *453257 | Akupunktur |
| 2. | <input type="checkbox"/> | *987830 | Ambulante Operationen / stationersetzende Eingriffe |
| 3. | <input type="checkbox"/> | *959760 | Apherese |
| 4. | <input type="checkbox"/> | *739993 | Arthroskopie |
| 5. | <input type="checkbox"/> | *175044 | Balneophototherapie |
| 6. | <input type="checkbox"/> | *999501 | Chirotherapie |
| 7. | <input type="checkbox"/> | *425771 | Computertomographie |
| 8. | <input type="checkbox"/> | *410314 | Depression (Zusatzleistung) |
| 9. | <input type="checkbox"/> | *979132 | Diabetes-Begleiterkrankungen (Zusatzleistung) |
| 10. | <input type="checkbox"/> | *377890 | Diabetischer Fuß |
| 11. | <input type="checkbox"/> | *499027 | Dialyse |
| 12. | <input type="checkbox"/> | *894134 | Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger |
| 13. | <input type="checkbox"/> | *21764 | Disease Management Programm (DMP) Asthma bronchiale |
| 14. | <input type="checkbox"/> | *47865 | Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs |
| 15. | <input type="checkbox"/> | *21764 | Disease Management Programm (DMP) COPD |
| 16. | <input type="checkbox"/> | *48652 | Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 |
| 17. | <input type="checkbox"/> | *27548 | Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 |
| 18. | <input type="checkbox"/> | *32244 | Disease Management Programm (DMP) KHK |
| 19. | <input type="checkbox"/> | *37187 | Früherkennungsuntersuchungen (Zusatzleistung U10/U11/J2) |
| 20. | <input type="checkbox"/> | *244720 | Frühgeburten gesund schwanger |
| 21. | <input type="checkbox"/> | *131288 | Funktionsstörung der Hand |
| 22. | <input type="checkbox"/> | *693997 | Funktionsanalyse Herzschrittmacher |
| 23. | <input type="checkbox"/> | *158062 | Geriatrische Diagnostik |
| 24. | <input type="checkbox"/> | *35889 | Hausarztzentrierte Versorgung (Zusatzleistung) |
| 25. | <input type="checkbox"/> | *631847 | Hautkrebs-Screening (EBM) |
| 26. | <input type="checkbox"/> | *631847 | Hautkrebs-Screening (Zusatzleistung) |
| 27. | <input type="checkbox"/> | *631847 | Histopathologie -im Rahmen des Hautkrebs-Screening- |
| 28. | <input type="checkbox"/> | *956880 | HIV / AIDS |

- | | | | |
|-----|--------------------------|---------|---|
| 29. | <input type="checkbox"/> | *396104 | Hörgeräteversorgung |
| 30. | <input type="checkbox"/> | *140929 | Holmium-Laser-Verfahren |
| 31. | <input type="checkbox"/> | *81351 | Homöopathie -Strukturvertrag- (Zusatzleistung) |
| 32. | <input type="checkbox"/> | *462804 | Interventionelle Radiologie (Angiographie) |
| 33. | <input type="checkbox"/> | *337410 | Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM) |
| 34. | <input type="checkbox"/> | *403085 | Invasive Kardiologie |
| 35. | <input type="checkbox"/> | *489968 | Kapselendoskopie |
| 36. | <input type="checkbox"/> | *359968 | Kernspintomographie |
| 37. | <input type="checkbox"/> | *936761 | Knochendichtemessung |
| 38. | <input type="checkbox"/> | *153502 | Koloskopie (präventiv/kurativ) |
| 39. | <input type="checkbox"/> | *823671 | Künstliche Befruchtung |
| 40. | <input type="checkbox"/> | *599870 | Laboruntersuchungen
(Abschnitt 32.3 EBM nur bei persönlicher Durchführung) |
| 41. | <input type="checkbox"/> | *913555 | Langzeit-EKG |
| 42. | <input type="checkbox"/> | *239334 | Mammographie |
| 43. | <input type="checkbox"/> | *386108 | Methicillin resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) |
| 44. | <input type="checkbox"/> | *183548 | Molekulargenetik |
| 45. | <input type="checkbox"/> | *709428 | MR-Angiographie |
| 46. | <input type="checkbox"/> | *253755 | Neugeborenen-Screening (Labor - TMS) |
| 47. | <input type="checkbox"/> | *347076 | Neuropsychologische Therapie |
| 48. | <input type="checkbox"/> | *685923 | Nicht-ärztliche Praxisassistenten |
| 49. | <input type="checkbox"/> | *791356 | Nuklearmedizin |
| 50. | <input type="checkbox"/> | *766004 | Onkologie (onkologisch qualifizierter Arzt, Zusatzleistung) |
| 51. | <input type="checkbox"/> | *899913 | Otoakustische Emissionen |

- | | | | |
|-----|--------------------------|---------|--|
| 52. | <input type="checkbox"/> | *528200 | PET/CT |
| 53. | <input type="checkbox"/> | *676992 | Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| 54. | <input type="checkbox"/> | *973408 | Phototherapeutische Keratektomie |
| 55. | <input type="checkbox"/> | *582564 | Polygraphie |
| 56. | <input type="checkbox"/> | *803991 | Polysomnographie |
| 57. | <input type="checkbox"/> | *755823 | Psychosomatische Grundversorgung |
| 58. | <input type="checkbox"/> | *257636 | Psychotherapie
(tiefenpsychologisch fundiert, analytisch, Verhaltenstherapie) |
| 59. | <input type="checkbox"/> | *952299 | Radiologie |
| 60. | <input type="checkbox"/> | *940865 | Schmerztherapie |
| 61. | <input type="checkbox"/> | *940865 | Schmerztherapeutische Einrichtung |
| 62. | <input type="checkbox"/> | *782606 | Schwangerschaftsabbruch |
| 63. | <input type="checkbox"/> | *249909 | Sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (weiterführende) |
| 64. | <input type="checkbox"/> | *251264 | Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen |
| 65. | <input type="checkbox"/> | *645020 | Soziotherapie (Verordnung) |
| 66. | <input type="checkbox"/> | *405692 | Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| 67. | <input type="checkbox"/> | *289229 | Strahlentherapie |
| 68. | <input type="checkbox"/> | *894134 | Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger |
| 69. | <input type="checkbox"/> | *755823 | Übende und suggestive Techniken
(Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) |
| 70. | <input type="checkbox"/> | *271696 | Ultraschall |
| 71. | <input type="checkbox"/> | *356688 | Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle der Brust |
| 72. | <input type="checkbox"/> | *163613 | Zytologie (Karzinome der weiblichen Genitale) |

Datum

Unterschrift/Stempel