



**Zulassungsausschuss**

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

**E-Mail:** [zulassung@kv-rlp.de](mailto:zulassung@kv-rlp.de)

## **Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden Zweigpraxis**

### – § 24 (3) Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

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

### **Gemäß § 24 Absatz 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) ist die vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten zulässig, wenn**

- die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten verbessert und
  - die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.
- 
- Bitte beachten Sie, dass die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis **personenbezogen** erteilt wird.
  - Sofern sich Änderungen in der Ärzteschaft ergeben, ist ein erneuter Antrag an den Zulassungsausschuss zu richten. Das für den Zweigpraxisstandort geltende Stundenkontingent (Stunden/Woche) darf nicht überschritten werden.
  - Wir weisen zudem darauf hin, dass die Erbringung und Abrechnung gesondert **genehmigungspflichtiger Leistungen** am Ort der Zweigpraxis **eine Beantragung und Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP), Abteilung Qualitätssicherung, voraussetzt**.
    - Eine Übersicht und die Anträge finden Sie unter [www.kv-rlp.de/223344](http://www.kv-rlp.de/223344)
  - Vor Erteilung einer Ermächtigung werden die KV RLP sowie die KV und der Zulassungsausschuss, in deren Bereich der Hauptsitz des Antragstellers/der Antragsteller liegt, um Stellungnahme gebeten. Erst nach Vorliegen der Stellungnahmen ist eine Behandlung des Antrages durch den Zulassungsausschuss, in dessen Zuständigkeitsbereich sich die geplante Zweigpraxis befindet, möglich.
  - Die Bearbeitungszeit beträgt mehr als vier Wochen.

■ **Antragsteller (Arzt/Psychotherapeut/BAG/MVZ)**

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

\_\_\_\_\_  
Name/Bezeichnung MVZ/BAG

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift (PLZ/ Ort/ Straße)

\_\_\_\_\_  
zugelassen als

■ **Anschrift der geplanten Zweigpraxis und vorgesehener Tätigkeitsbeginn**

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort/Straße

\_\_\_\_\_  
ab

\_\_\_\_\_  
Entfernung zur Hauptpraxis (km) Fahrzeit (Minuten)

■ **Folgende Ärzte/Psychotherapeuten werden in der Zweigpraxis tätig sein**  
(ggf. weitere Nennung auf der Rückseite oder einem gesonderten Blatt)

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

\_\_\_\_\_  
zugelassen/angestellt als

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

\_\_\_\_\_  
zugelassen/angestellt als

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

\_\_\_\_\_  
zugelassen/angestellt als

■ **Sprechzeiten am Hauptsitz und in der geplanten Zweigpraxis**  
(Bezogen auf den Arzt/Psychotherapeuten, der in der Zweigpraxis tätig sein wird. Bei mehreren Ärzten/Psychotherapeuten bitte die Angaben gegebenenfalls auf der Rückseite bzw. auf einem gesonderten Blatt)

Hauptpraxis	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

<b>geplante Zweigpraxis</b>	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

<b>ggf. bereits genehmigte Zweigpraxis</b>	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

- **Folgendes Leistungsspektrum soll am Ort der Zweigpraxis angeboten werden**

<b>Leistungsbereich</b>	<b>EBM-Nummern</b>	<b>auf Überweisung von</b>

Leistungsbereich	EBM-Nummern	auf Überweisung von

Die Versorgung der Versicherten am Ort der geplanten Zweigpraxis würde aus meiner/unserer Sicht durch die dort ausgeübte Tätigkeit aus nachfolgenden Gründen verbessert:

---



---



---



---



---



---



---



---

Nach Erteilung der Genehmigung werde ich/werden wir Änderungen hinsichtlich Anschrift, Sprechzeiten, Leistungsspektrum oder der in der Zweigpraxis tätigen Ärzte/Psychotherapeuten der KV RLP unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Hinweise

- Dem Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis gemäß § 24 (3) Ärzte-ZV ist ein Auszug aus dem Arztregister im Original oder als beglaubigte Abschrift beizufügen.
- Über die zu entrichtende Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 erhalten Sie eine separate Rechnung.
- **Aus Sicherheitsgründen können wir nur Dateien im PDF-Format annehmen und verarbeiten.**

## 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 

**Genehmigungspflichtige Leistungen** 

[Genehmigungspflichtige Leistungen Fachgruppen](#)

 Element schließen

Wir bitten um Beachtung. Vielen Dank.