

# Antrag auf erstmalige Ermächtigung

## ***Wichtiger Hinweis!***

**Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen (Ort des Praxissitzes).**

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Kontaktadresse:

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Optionale Angaben:

Privatadresse:

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftl.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Die KIM-Adresse des Krankenhauses darf für die Kontaktaufnahme bzgl. des Antrages/der Ermächtigung genutzt werden  ja  nein

die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

als Facharzt für

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung/en \_\_\_\_\_

(Bei mehreren Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen wird die oben angegebene Reihenfolge von der KVBW zur Vergabe der LANR übernommen.)

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ für die Betriebsstätte

Krankenhaus/Einrichtung: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Ortsteil: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

im Landkreis/Stadtkreis: \_\_\_\_\_

In der Funktion als:

Ärztlicher Direktor     Chefarzt     leitender Arzt     Oberarzt     \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ort und Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Beantragt wird die Ermächtigung für folgende Leistungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

auf Grund von Überweisungen von \_\_\_\_\_

---

Für den Fall einer Ermächtigung zur Mit- oder Weiterbehandlung und entsprechend vorliegender Überweisung soll meine Ermächtigung die Überweisungsbefugnis an folgende Fachgebiete enthalten:

---

**Die Begründung erfolgt mit einem gesonderten Schreiben.**

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:

(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.)

- Approbationsurkunde       Nachweise zur Titelführung  
 Urkunden, aus der sich die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung, Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnungen ergibt

oder

- Auszug aus dem Arztregister  
sowie  
 schriftliche Zustimmungserklärung des Trägers der Einrichtung (siehe Anlage 1)
- Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt (siehe Anlage 2) oder Nachweis eines anderweitigen Versicherungsschutzes

**Zur Antragsbegründung bitten wir um Angaben zu Ihren qualitativ-spezziellen Behandlungsmöglichkeiten.**

---

---

---

### **Erklärungen:**

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Bei mir bestehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe für die Ausübung des ärztlichen Berufes.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich ausreichend darüber informiert bin, dass die von mir beantragte Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung nach den geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen von mir selbst **persönlich** auszuüben ist.

Ich erkläre, dass mein Beschäftigungsumfang am Krankenhaus/ der Einrichtung mindestens der Hälfte eines vollzeitbeschäftigte Arztes entspricht.

Ich erkläre, dass ich mit der Weiterleitung meiner persönlichen Daten an Dritte im Rahmen der Prüfung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte zu meinem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einverstanden bin.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)

### **Hinweis:**

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte ist bei einem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet, eine umfassende Prüfung vornehmen. Hierzu werden u. a. Stellungnahmen der Verfahrensbeteiligten (Kassenärztliche Vereinigung, Verbände der Krankenkassen) und sonstiger Betroffener zum Bedarf eingeholt. Eine Übermittlung der persönlichen Daten der Einrichtung (Name, Berufsbezeichnung, Ort der Tätigkeit, Antragsinhalt etc.) an Dritte ist aus datenschutzrechtlichen Gründen ohne Ihre Einwilligung unzulässig. Ohne Ihre Einwilligung kann jedoch in der Regel die Erforderlichkeit sowie der Umfang einer Ermächtigung nicht beurteilt werden.

## Zustimmungserklärung des Trägers der Einrichtung

**Ermächtigung gemäß § 116 SGB V i.V.m. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV eines Arztes, der in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V oder in einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 119b S. 3 SGB V tätig ist**

Voraussetzung für eine entsprechende Ermächtigung eines Arztes ist die schriftliche Zustimmung des Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist. Durch diese Erklärung bestätigt der Träger des Krankenhauses, der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V oder der stationären Pflegeeinrichtung nach § 119b S. 3 SGB V das Vorliegen einer entsprechenden Zustimmung für:

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

in der Eigenschaft als Ärztlicher Direktor/Chefarzt/Leitender Arzt/Oberarzt der

Abteilung/Klinik \_\_\_\_\_

Dem Träger ist bekannt, dass

- durch die Ermächtigung die Versorgung der stationären Patienten nicht beeinträchtigt werden darf,
- der ermächtigte Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit **persönlich** in eigener Sprechstunde ausüben muss und diese nicht in Form einer „Institutsambulanz“ betrieben werden kann,
- eine Vertretung des ermächtigten Arztes durch nachgeordnete Ärzte **nur** bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung erfolgen kann. Der Vertreter muss über eine Berechtigung zum Führen der Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung im entsprechenden Fachgebiet bzw. Schwerpunkt, für das/den die Ermächtigung ausgesprochen worden ist, verfügen.
- die Ermächtigung widerrufen werden kann, wenn nachträglich durch einen in der Person des Arztes liegenden Grund (u. U. auch Missachtung der Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung gemäß § 32a Ärzte-ZV) der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift/Stempel Träger  
Krankenhauses/Einrichtung)

Anlage 2

**Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V**  
**über das Bestehen eines Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für**  
**ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten**

Name des ermächtigten Arztes/Psychotherapeuten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns für den ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten eine § 95e Abs. 5 Satz 1, Abs. 2 SGB V entsprechende Pflichtversicherung gegen die sich aus der Berufsausübung als ermächtigter Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut ergebenden Haftpflichtgefahren besteht.

Die Versicherungssumme<sup>1</sup> beträgt EUR \_\_\_\_\_<sup>2</sup> für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

<sup>1</sup> Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 Satz 2, Abs. 2 SGB V mindestens drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

<sup>2</sup> Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.