Antrag auf Folgeermächtigung

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: _____

BSNR: _____

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 _____

mit Wirkung vom
☐ 01.01.20__ ☐ 01.04.20__ ☐ 01.07.20__ ☐ 01.10.20__.

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 / Stempel)

Beantragt wird die Ermächtigung:

☐ Im bisherigen Umfang

☐ Im geänderten Umfang 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 beigefügt:
(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.)

☐ Schriftliche Zustimmungserklärung des Trägers der Einrichtung gemäß beigefügter Anlage

☐ Zum Nachweis einer weitergehenden Qualifikation füge ich ferner Urkunden über folgende Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnungen bei:

_____

☐ die bereits vorliegende Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt oder Nachweis eines anderweitigen Versicherungsschutzes, besitzt weiterhin Gültigkeit.

Zur Antragsbegründung bitten wir um Angaben zu Ihren qualitativ-speziellen 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 vollzeitbeschäftigten 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 Funktion 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)