

Antrag auf Erweiterung der 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: _____
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 Erweiterung der 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.

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

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 vorzunehmen. 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.