Änderung/Reduzierung 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 teile 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

Facharzt für _____

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en _____

Zusatzbezeichnung/en _____

mit, dass ich die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

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 ☐ _____

nur noch in eingeschränktem/verändertem Umfang ausübe.

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift / Stempel)

☐ Die Überweisung nachfolgend im Ermächtigungskatalog aufgeführter Zuweiser entfällt:

_____

_____

_____

_____

☐ Folgende Leistungen werden nicht mehr beantragt:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

auf Grund von Überweisungen von _____

_____

☐ Beantragt wird stattdessen 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:

_____

Begründung

_____

_____

_____

_____ _____

(Ort und Datum) (Unterschrift)