

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 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

Begründung

(Ort und Datum)

(Unterschrift)