Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Postfach 10 02 28
79121 Freiburg

Absender/Stempel

Team Sicherstellungsverfahren/ausgelagerte Praxisräume | zweigpraxis@kvbawue.de | Telefon 0711 7875-3300

Erklärung zu ausgelagerten Praxisräumen

gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

Name des Antragstellers _____ Vorname des Antragstellers _____ Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Bitte beachten Sie, dass sofern Ihre angestellten Ärzte ebenfalls in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden sollen, diese Tätigkeit ebenfalls anzeigepflichtig ist.

Name des ggf. angestellten Arztes _____ Vorname des ggf. angestellten Arztes _____

Die Tätigkeitsaufnahme in den ausgelagerten Praxisräumen erfolgt zum

_____
TTMMJJJJ

Bitte beachten Sie, dass Abrechnungsgenehmigungen für qualitätsgesicherte Leistungen oftmals an den Ort gebunden sind. Je nach Genehmigungsart sind für Ihre ausgelagerten Praxisräume neue Anträge bzw. Gerätenachweise erforderlich. Die Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen zur Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen kann nicht vor dem Vorliegen der entsprechenden Genehmigung seitens des Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement aufgenommen werden.

Anträge, Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf unserer Internetseite unter
www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen

Die ausgelagerten Praxisräume befinden sich

◯ in einer Vertragsarztpraxis/einem MVZ ◯ in einem Krankenhaus ◯ am Privatwohnsitz

◯ in sonstigen Räumen

Anschrift der ausgelagerten Praxisräume

Name

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon Telefax

Leistungsspektrum, welches in den ausgelagerten Praxisräumen erbracht werden soll

(Angabe in Worten z. B. ambulantes Operieren, Röntgen und MRT. Bei einzelnen/speziellen Leistungen bitte zusätzlich EBM-Ziffern angeben.)

Text	EBM-Gebührennummer

Begründung:

Bitte beachten Sie, dass die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen für eine Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen kumulativ erfüllt sein und von Ihnen durch Setzen eines Kreuzes bestätigt werden müssen.

☐ Entfernung und Fahrzeit zwischen der Hauptpraxis und den geplanten ausgelagerten Praxisräumen betragen:

_____km _____ Minuten.

(Die Entfernung muss für die Patienten zumutbar sein. Dies wird derzeit als gewahrt angesehen, wenn die ausgelagerten Praxisräume in der Regel nicht mehr als **30 Minuten Fahrzeit** von der Hauptpraxis entfernt liegen.)

☐ Die Patienten werden in die ausgelagerten Praxisräume bestellt, nachdem der **Erstkontakt am Vertragsarztsitz** stattgefunden hat.

☐ In den ausgelagerten Praxisräumen werden **keine Sprechstunden** angeboten.

☐ Das Gebot der **persönlichen Leistungserbringung** (§ 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte) wird erfüllt.

☐ Die Räumlichkeiten sind

- räumlich,
- personell,
- organisatorisch
- und datenschutzrechtlich

zur Umgebung abgegrenzt. Es gibt keine „Doppelnutzung" von Räumen und bei gemeinsamer Nutzung von Personal klare Abgrenzbarkeit in zeitlicher und organisatorischer Hinsicht (ggf. durch Vorlage von Überlassungsverträgen, Grundrisszeichnungen etc. nachzuweisen).

Mir ist bekannt, dass sämtliche Änderungen, insbesondere

- des Leistungsspektrums in den ausgelagerten Praxisräumen,
- der Adresse der ausgelagerten Praxisräume und
- der Beendigung der Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen

der KV Baden-Württemberg umgehend mitzuteilen sind.

Ort/Datum	Vertragsarztstempel/Unterschrift(en)

Die Erklärung ist von allen Ärzten zu unterschreiben, welche in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden möchten. Bei angestellten Ärzten ist die Erklärung von dem oder den Anstellen(n) zu unterschreiben, bei Medizinischen Versorgungszentren vom berechtigten Geschäftsführer oder dem Ärztlichen Leiter. Bitte füllen Sie die Erklärung vollständig und leserlich aus.