

	Antrag auf Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV (MVZ)	Sicherstellung
		Stand 30.04.2020
		QM-Nr. II.08.03.10
		Seite 1 von 4

I. Allgemeine Angaben:

1. Hiermit beantragt das Medizinische Versorgungszentrum

_____ (Name des MVZ sowie Name des ärztlichen Leiters)

_____ [für die Hauptbetriebsstätte (Anschrift)]

ab dem _____

die Genehmigung zur Errichtung einer Nebenbetriebsstätte mit dem Praxissitz in

_____ (Anschrift der Nebenbetriebsstätte)

2. Folgende Ärzte/Psychotherapeuten werden in der Nebenbetriebsstätte tätig sein (ggf. weitere Nennung auf der Rückseite oder einem gesonderten Blatt)

_____ (Titel/Vorname/Name/Facharztbezeichnung)

_____ (Titel/Vorname/Name/Facharztbezeichnung)

_____ (Titel/Vorname/Name/Facharztbezeichnung)

3. Soll die Nebenbetriebsstätte in einer bereits bestehenden Praxis eines niedergelassenen Kollegen geführt werden?

Ja _____, Name des Kollegen _____

Nein _____ (bitte ankreuzen)

4. In der Nebenbetriebsstätte sind die Sprechstundenzeiten wie folgt vorgesehen:

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	Name des Arztes, sofern mehrere Ärzte tätig sind
Montag	_____	_____
Dienstag	_____	_____
Mittwoch	_____	_____
Donnerstag	_____	_____
Freitag	_____	_____

Die wöchentliche Tätigkeitsdauer in der Nebenbetriebsstätte ergibt insgesamt _____ Stunden.

5. Folgende Sprechstundenzeiten werden am Hauptvertragsarztsitz vorgehalten:

Wochentag	Vormittag (von – bis)	Nachmittag (von – bis)
Montag	_____	_____
Dienstag	_____	_____
Mittwoch	_____	_____
Donnerstag	_____	_____
Freitag	_____	_____

Die wöchentliche Tätigkeitsdauer am Hauptvertragsarztsitz ergibt insgesamt _____ Stunden.

(sollten noch weitere Nebenbetriebsstätten bestehen, so geben Sie diese bitte auf einem gesonderten Blatt an. Teilen Sie uns auch hier entsprechend mit, ob die benannten Ärzte/Psychotherapeuten dort tätig sind)

6. Folgendes Leistungsspektrum soll am Ort der Nebenbetriebsstätte angeboten werden:

7. Die Versorgung der Versicherten am Ort der geplanten Nebenbetriebsstätte würde aus folgenden Gründen verbessert werden:

8. Ggf. ergänzende Erläuterungen:

9. Es wird bestätigt, dass die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes **nicht** beeinträchtigt wird:

Ja _____ Nein _____ (bitte ankreuzen)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Vertretungsberechtigter des MVZ/Stempel)

Sonstige Hinweise:

1. Die Genehmigung für eine Nebenbetriebsstätte **kann** nur ausgesprochen werden, wenn gem. § 24 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)
 - die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten verbessert und
 - die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.
2. Die Genehmigung zum Betrieb einer Nebenbetriebsstätte ist nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum zu erteilen.
3. Für die Beantragung einer Nebenbetriebsstätte ist ausschließlich ein Vertretungsberechtigter des MVZ bzw. die Trägergesellschaft des jeweiligen MVZ berechtigt. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang weiterhin, dass die Genehmigung zum Führen einer Nebenbetriebsstätte **personenbezogen** erteilt wird. Sie hat aus vorgenanntem Grund nur Gültigkeit für diejenigen Personen, die uns im Folgenden benannt werden.
4. Jegliche Änderung der Genehmigung (z.B. Verlegung der Nebenbetriebsstätte) ist bei der KVS rechtzeitig schriftlich zu beantragen. Beendigungen von Nebenbetriebsstätten sind der KVS schriftlich mitzuteilen.
5. Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen, die der Erteilung zu Grunde liegen, nicht mehr gegeben sind.