

Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

1. Gründer des Medizinischen Versorgungszentrums

Als Gründer eines MVZ können folgende Leistungserbringer auftreten. Der zutreffende Buchstabe ist bei der namentlichen Nennung anzugeben. Die benannten jeweils zutreffenden Unterlagen sind dem Antrag beizufügen.

- A Vertragsarzt**
beifügen: Arztregisterauszug (für Ärzte außerhalb der KVS-Bezirksgeschäftsstelle Dresden)
- B Vertragspsychotherapeut**
beifügen: Arztregisterauszug (für Psychotherapeuten außerhalb der KVS-Bezirksgeschäftsstelle Dresden)
- C ermächtigter Arzt**
beifügen: aktueller Beschluss des Zulassungsausschusses
- D ermächtigter Psychotherapeut**
beifügen: aktueller Beschluss des Zulassungsausschusses
- E Träger von Einrichtungen nach § 311 SGB V**
beifügen: Anerkennung der Trägereigenschaften durch zuständige KV
(für Träger außerhalb der KVS-Bezirksgeschäftsstelle Dresden)
- F ermächtigter Träger von Einrichtungen nach §§ 117, 118, 119, 119a SGB V**
beifügen: aktueller Beschluss des Zulassungsausschusses
- G Träger eines zugelassenen Krankenhauses nach § 108 SGB V**
beifügen: Versorgungsvertrag oder Nachweis
- H Vorsorge- u. Rehabilitationseinrichtung nach § 111, § 111a SGB V**
beifügen:
aktueller Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen
- K Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V**
beifügen: aktuelle Zulassung nach § 124 Abs. 5 SGB V
- L Hilfsmittelerbringer nach § 126 SGB V**
beifügen: aktuelle Zulassung nach § 124 Abs. 5 i. V. m. § 126 Abs. 5 SGB V
- M Apotheke nach § 129 SGB V**
beifügen: aktuelle Erlaubnis gemäß § 1 und § 2 des Apothekengesetzes
- N Leistungserbringer nach § 132 a Abs. 2, § 132 b, § 132 c Abs. 1 SGB V**
beifügen: aktueller Vertrag mit einer Krankenkasse nach §§ 132a, 132b oder 132c Abs. 1 SGB V
- O Vertragszahnarzt**
beifügen: aktueller Beschluss des Zulassungsausschusses
- P ermächtigter Zahnarzt**
beifügen: aktueller Beschluss des Zulassungsausschusses

Gründer 1:

Der Nachweis der Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstaben liegt bei.

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

.....

.....

Telefon/ E-Mail:

Gründer 2:

Der Nachweis der Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstaben liegt bei.

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

.....

.....

Telefon/ E-Mail:

Gründer 3:

Der Nachweis der Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstaben liegt bei.

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

.....

.....

Telefon/ E-Mail:

Gründer 4:

Der Nachweis der Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstaben liegt bei.

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

.....

.....

Telefon/ E-Mail:

2. Organisations-, Rechtsform des Medizinischen Versorgungszentrums

- Gesellschaft bürgerlichen Rechts**
Aktueller Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB ist beigefügt.
- Partnerschaftsgesellschaft**
Aktueller Gesellschaftsvertrag gem. § 3 PartGG sowie aktueller Partnerschaftsregisterauszug gem. § 4 PartGG sind beigefügt.
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)**
Aktueller Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG sowie aktueller Handelsregisterauszug gem. § 7 GmbHG sind beigefügt.
- Aktiengesellschaft (AG)**
Aktuelle Satzung gem. § 23 AktG sowie aktueller Handelsregisterauszug gem. § 36 AktG sind beigefügt.
- andere Form**
Aktueller Vertrag, Satzung o. ä. ist beigefügt.

3. Leistungserbringer im Medizinischen Versorgungszentrum

- Teilnahme von zugelassenen Vertragsärzten/Psychotherapeuten
(der entsprechende Antrag je Arzt/Psychotherapeut ist beizulegen)
- Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten
(der entsprechende Antrag je Arzt/Psychotherapeut ist beizulegen)

4. Ärztliche Leitung des Medizinischen Versorgungszentrums

- Der Nachweis über die Ernennung/Berufung ist vorzulegen.

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

.....

.....

Telefon/ E-Mail:

5. Betriebsstätte des Medizinischen Versorgungszentrums

Name des MVZ:

Anschrift:

.....

.....

Telefon/ FAX/ E-Mail:

Voraussichtliche Aufnahme der Tätigkeit:

6. Vertretene Fachrichtungen in der Betriebsstätte

folgende Fachrichtungen sind vertreten:

| Fachgebiet | Tätigkeitsumfang | | | |
|------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| | 0,25 (bis 10 h pro Woche) | 0,5 (über 10 – 20 h pro Woche) | 0,75 (über 20 – 30 h pro Woche) | 1,0 (über 30 h pro Woche) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Weiterer Ansprechpartner des MVZ

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

.....

.....

Telefon/ E-Mail:

8. Erklärung

Ich versichere, dass die unter den Punkten **1., 2., 4. bis 7.** gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werde ich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Mir ist bekannt, dass die Tätigkeit des MVZ auf den unter 2. genannten Sitz der Betriebsstätte beschränkt ist. Die ärztliche Tätigkeit an einem anderen Ort bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der KV Sachsen wird gemäß Vorgabe der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software durchgeführt.

Die Erläuterungen und Hinweise zum Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums habe ich zur Kenntnis genommen.

Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

- Gesellschaftervertrag im Original bzw. amtlich beglaubigt
- Versorgungsauftrag oder Nachweis etc. (siehe Punkt 1.) im Original bzw. amtlich beglaubigt
- aktueller Handelsregisterauszug
- selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung gemäß § 95 Abs. 2 SGB V

Die Gebühr von 100,- EUR für den Antrag auf Zulassung des MVZ wurde auf das

Konto-Nr.: **0 003 095 010**

BLZ: **300 606 01**

bei Kreditinstitut: **Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf**

Zahlungsgrund: **311 100**

am: gezahlt/überwiesen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift u. Stempel Gründer/Vertretungsberechtigter des MVZ