



## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

### 1. Gründer des Medizinischen Versorgungszentrums

Als Gründer eines MVZ können gemäß § 95 Abs. 1 a SGB V folgende Leistungserbringer<sup>1</sup> auftreten. Der benannte Buchstabe ist bei der namentlichen Nennung (Seite 2) mit anzugeben.

<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	<b>Zugelassene Ärzte</b> beifügen: Arztregisterauszug (Nur für Ärzte, die nicht im Arztregister der KVS registriert sind)
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	<b>Träger eines zugelassenen Krankenhauses nach § 108 SGB V</b> beifügen: Versorgungsvertrag oder gleichlautender Nachweis
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V</b> beifügen: Vertrag mit gesetzlichen Krankenkassen
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	<b>Gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen</b> beifügen: Bescheid über die Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung sowie Nachweis Gemeinnützigkeit
<input type="checkbox"/>	<b>E</b>	<b>Kommunen<sup>2</sup></b> beifügen: aktuelle Fassung der Betriebssatzung

**Die jeweils genannten Unterlagen sind diesem Antrag im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie beizufügen!**

<sup>1</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen!

<sup>2</sup> Bevor der Antrag auf Gründung eines MVZ durch eine Kommune gestellt wird, ist angeraten sich in der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle über Besonderheiten beraten zu lassen.

**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.
- eingetragene Genossenschaft (e. G.)**  
Aktuelle Satzung gem. § 5 GenG sowie aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister gem. § 10 GenG sind 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:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt</li> <li>• Fachgebiet</li> <li>• Schwerpunkt (wenn zutreffend)</li> </ul>	Tätigkeitsumfang				Wochen- stunden lt. Arbeitsvertrag
	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. Antragsgebühr**

Für den Antrag auf Zulassung des MVZ ist eine Gebühr in Höhe von **100,- €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer. Beachten Sie bitte auch, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

Hinweis: Erlangt die beantragte Zulassung Rechtskraft, ist zusätzlich eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- € zu zahlen.

## 9. Selbstschuldnerische Bürgschaft

Sofern das MVZ in der Rechtsform einer GmbH organisiert ist, sind diesem Antrag selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen im Sinne von § 232 BGB aller Gesellschafter beizufügen.

Diesem Antrag liegt/liegen

- die erforderliche(n) selbstschuldnerische(n) Bürgschaftserklärung(en) oder
- der/die Nachweis(e) über die Bestellung anderer Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB (z. B. Hinterlegung von Geld, Verpfändung beweglicher Sachen oder von Forderungen, Bestellung von Hypotheken an inländischen Grundstücken) bei.

### Erklärungen

Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werden vom Unterzeichner/von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Es ist bekannt, dass die vertragsärztliche 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.

Es ist bekannt, dass die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der KV Sachsen nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **Online** durchgeführt werden muss.

Für diese Abrechnung ist das verwendete EDV-System zur Bestätigung anzuzeigen.

### Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

- Unterlagen nach **Abschnitt 1.** im Original bzw. amtlich beglaubigt
- Unterlagen nach **Abschnitt 2.** im Original bzw. amtlich beglaubigt
- Nachweis Ernennung ärztlicher Leiter nach **Abschnitt 4.**
- Arbeitsverträge nach **Abschnitt 6.**
- Bürgschaftserklärung nach **Abschnitt 9.**

.....  
Ort, Datum

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

.....  
Ort, Datum

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

.....  
Ort, Datum

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

.....  
Ort, Datum

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