



E-Mail: ZA@KVWL.de Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit

- in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
 an KV-übergreifenden Vertragsarztsitzen

Antragsteller: Praxisinhaber / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt
entsprechend der Registereintragung) / **des bestehenden MVZ**

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnung	
--	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

BSNR:	
--------------	--

und

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt
entsprechend der Registereintragung) / **des bestehenden MVZ**

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnung	
--	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

BSNR:	
--------------	--

Weitere Antragsteller bitte ergänzen (ggf. in einer Anlage):

Die o.g. Teilnehmer beantragen die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit den o.g. Vertragsarztsitzen

mit Wirkung ab dem:	
----------------------------	--

Angaben zu den Standorten

Hauptbetriebsstätte:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Entfernung der Vertragsarztsitze in km:	
--	--

Nur für Antragsteller, die in einem anderen KV-Bereich niedergelassen sind zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden BAG

Ein aktueller und vollständiger Auszug aus dem Arzt-/Therapeutenregister ist beigelegt.

Erklärung zur Datenerhebung

Ich/Wir habe(n) zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde(n) ich/wir der KVWL mitteilen.

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Antrag!)

- Der Nachweis nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist als Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre(n) ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR pro Partner von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Für Antragsteller, die bislang nicht im Bereich der KVWL zugelassen sind:

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Anlagen

Ein von allen zukünftigen Partnern unterschriebener BAG-Vertrag

- ist beigefügt.
- wird aufgrund des Verwandtschaftsverhältnisses nicht abgeschlossen.
- Im Falle durch die Beantragung einer eGbR ist der Auszug aus dem Gesellschaftsregister beigefügt
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes
(Informationen hierzu finden Sie in den Erläuterungen zum Antrag.)

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*) / Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.