

An die

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der Ärzte
und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk Arnsberg I
Arnsberg II
Detmold
Münster
Robert-Schimrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund

**Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung
vertragsärztlicher Tätigkeit an mehreren Vertragsarztsitzen
(überörtliche Gemeinschaftspraxis)**

1. Herr / Frau _____
oder
die Gemeinschaftspraxis _____

Fachgruppe(n): _____

Vertragsarztsitz: _____

und

2. Herr / Frau _____
oder
die Gemeinschaftspraxis _____

Fachgruppe(n): _____

Vertragsarztsitz: _____

3. Weitere Antragsteller: **(bitte gesondert aufführen)**

beantragen mit Wirkung vom _____ die Genehmigung gemeinsamer
Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis mit
den vorbezeichneten Vertragsarztsitzen.

4. Entfernung der Vertragsarztsitze in km: ca. _____
5. Überörtliche Gemeinschaftspraxen mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder sind zulässig, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitgliedes an seinem Vertragsarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Ärzte an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. Die Mitglieder der Gemeinschaftspraxis bestimmen durch Anzeige einen Vertragsarztsitz als Betriebsstätte und den oder die weiteren Vertragsarztsitze als Nebenbetriebsstätte(n). Die Wahl des Sitzes ist für den Ort zulässig, an dem der Versorgungsschwerpunkt der Tätigkeit der Gemeinschaftspraxis liegt; sie ist für 2 Jahre verbindlich und kann nur jeweils für den Beginn eines Quartals getroffen werden. Der Versorgungsauftrag des Mitgliedes der Gemeinschaftspraxis am Vertragsarztsitz ist jeweils dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens **20** Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht, für Vertragsärzte mit Teilversorgungsauftrag gilt dies auf der Grundlage von **10** wöchentlichen Sprechstunden am Vertragsarztsitz.

Unter Berücksichtigung dieser gesetzlichen Vorgaben bitten wir Sie, eine Wahl der Vertragsarztsitze als Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte zu treffen und das Sprechstundenangebot für die jeweiligen Vertragsarztsitze anzugeben:

a) Als Hauptbetriebsstätte gewählter Vertragsarztsitz:

Sprechzeiten

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von	bis	Nachmittag von	bis

b) Nebenbetriebsstätte: _____

Sprechzeiten

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von	bis	Nachmittag von	bis

c) Sprech- und Anwesenheitszeiten für weitere Vertragsarztsitze: (**bitte gesondert aufführen**)

6. Falls ein wechselseitiges Tätigwerden am Vertragsarztsitz des jeweiligen Partners der überörtlichen Gemeinschaftspraxis beabsichtigt ist, bitten wir um entsprechende Mitteilung mit der Angabe der entsprechenden Sprechstundenzeiten:

a) **geplante Sprechzeiten am Hauptsitz:**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von	bis	Nachmittag von	bis

b) **geplante Sprechzeiten am Nebenstandort:**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von	bis	Nachmittag von	bis

c) Sprech- und Anwesenheitszeiten für weitere Vertragsarztsitze: (**bitte gesondert
aufführen**)

(Ort, Datum)

(Unterschrift **aller** Antragsteller)