

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 KV-bereichsübergreifenden
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. Eine überörtliche Gemeinschaftspraxis mit Mitgliedern in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen hat den Vertragsarztsitz (Hauptsitz) zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Gemeinschaftspraxis anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualifikationsprüfungen nach Maßgabe der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung (KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie). Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren jeweils zu Beginn eines Quartals unwiderruflich zu erfolgen.

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 Hauptsitz bzw. Nebenbetriebsstätte(n) zu treffen und das Sprechstundenangebot für die jeweiligen Vertragsarztsitze anzugeben:

a) Als Hauptsitz gewählter Vertragsarztsitz: _____

Sprechzeiten

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

b) Vertragsarztsitz (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)