



Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) abzugeben.

Diese Erklärung gilt für mich <input type="checkbox"/>	für einen angestellten Arzt <input type="checkbox"/>
Angaben des Antragstellers:	Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:
LANR:	LANR:
Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes, der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll:	
Bezeichnung:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Ausgelagerte Praxisräume sind Standorte in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz, an denen **spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen** durchgeführt werden dürfen. Von einer räumlichen Nähe ist auszugehen, wenn der ausgelagerte Praxisraum vom Vertragsarztsitz aus innerhalb von höchstens 30 Minuten erreicht werden kann. Der Patientenerstkontakt muss am Vertragsarztsitz stattfinden.

Genauere Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:	
Bezeichnung:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen: Es handelt sich um die Räume	
der Praxis <input type="checkbox"/>	des MVZ <input type="checkbox"/>
des Klinikums <input type="checkbox"/>	eines Kollegen <input type="checkbox"/>
Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.	
Entfernung zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz	
km	Fahrzeit

Angabe der speziellen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen

- Bitte benennen Sie jede Leistung genau und geben, wenn möglich zur eindeutigen Identifizierung der jeweiligen Leistung, die in dem ausgelagerten Praxisraum durchgeführt werden soll, die entsprechende Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM oder die Symbolnummer (SNR) an.
- **Nur für die ausschließliche Durchführung ambulanter Operationen reicht die Angabe „Leistungen des Kapitels 31.2. des EBM“.**
- **Sofern Laboruntersuchungen im ausgelagerten Praxisraum durchgeführt werden sollen, sind die jeweiligen GOP zwingend anzugeben.**

Leistung	GOP/SNR				

*Sollen weitere Leistungen erbracht werden, führen Sie diese bitte auf einem gesonderten Blatt auf.

Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- in den ausgelagerten Praxisräumen kein Erstkontakt mit Patienten stattfinden wird. Der Patientenerstkontakt findet am Vertragsarztsitz statt.
- das Gebot der persönlichen Leistungserbringung nach § 15 BMV-Ärzte erfüllt wird.

Ort u. Datum

Unterschrift Vertragsarzt/Geschäftsführer des MVZ