

An die

Fax: 0231 / 9432-3927

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses der  
Ärzte und Krankenkassen  
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I   
Arnsberg II   
Detmold   
Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

## Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit

- überörtliche Gemeinschaftspraxis  
 an KV-bereichsübergreifenden Vertragssitzen

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 Hauptbetriebsstätte 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 Hauptbetriebsstätte 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:**

für: \_\_\_\_\_

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

b) **geplante Sprechzeiten am Nebenstandort:**

für: \_\_\_\_\_

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)

## Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit nach § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV sind nachstehende Unterlagen beizufügen:

- ein aktueller und vollständiger Auszug aus dem Arztregister (nur vom Antragsteller der in einem anderen KV-Bereich niedergelassen ist zur Gründung einer KV-bereichsübergreifender Gemeinschaftspraxis)
- \* Antragsgebühr in Höhe von 120,- EUR pro Partner. **Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.** (Nur für nicht im KVWL-Bereich niedergelassene Antragsteller!!! Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) Eine entsprechende Abbuchungserklärung wird mit der Antragsbestätigung übersandt. (Nur bei Antragstellern die im KVWL-Bereich niedergelassen sind!)
- \* ein von allen Partnern unterschriebener Gemeinschaftspraxisvertrag. Dieser muss bis spätestens zwei Wochen vor der entsprechenden Sitzung nachgereicht werden!