

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 Verlegung eines Praxissitzes

Nach § 24 Absatz 7 Ärzte-ZV darf der Zulassungsausschuss den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

Praxisverlegungen sind grundsätzlich anzeige- **und** genehmigungspflichtig und vor erfolgtem Umzug durch den Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen zu bescheiden.

1. Antragssteller

(Name des Praxisinhabers/Name der Berufsausübungsgemeinschaft/Name des MVZ)

Fachgruppe: _____

Praxisanschrift, Vertragssitz _____
(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

Betriebsstättennummer _____

2. Antrag auf:

- Verlegung des bisherigen Praxissitzes
- Verlegung eines Praxissitzes im Falle einer Praxisübernahme*
 - hälftiger Versorgungsauftrag
 - voller Versorgungsauftrag

*Praxisabgeber / Kennziffer : _____

mit Wirkung vom _____

3. Verlegung des Praxissitzes

von (bisherige Praxisanschrift): _____
(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

nach: _____
(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

(Bitte geben Sie für die Prüfung und Entscheidung Ihres Antrages die komplette zukünftige Praxisanschrift mit PLZ, Ort, Straße und Hausnummer, an.)

4. Begründung des Antrages:

(Bitte begründen Sie Ihren Antrag bezogen auf die Versorgungssituation, ggf. mit gesondertem Schreiben.)

5. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr* in Höhe von 120,00 € bitten wir mit beigefügter Abbuchungserklärung zu begleichen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der zu zahlenden Gebühr verhandelt wird

Hinweis:

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss für Ärzte und Krankenkassen schriftlich mitzuteilen.

(Ort, Datum)

Stempel und Unterschrift des Antragsstellers /
der Berufsausübungsgemeinschaft / des MVZs

* Bei einer Gemeinschaftspraxis pro Partner eine Abbuchungserklärung

**Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk _____**

Anschrift:

LANR:

BSNR:

OP-NR:*

Erklärung

Hiermit wird das Einverständnis erklärt, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsarzt abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

(Ort, Datum)

(Stempel/Unterschrift)

GB Finanzen

erledigt am: _____

***(nicht vom Antragsteller auszufüllen)**