

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 Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis
nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV zur Teilnahme
an der vertragsärztlichen Versorgung**

als

Fachgebiet: _____
ggf. einschließlich Schwerpunkt- und/oder Zusatzbezeichnung/en

1. Antragsteller

Titel (akad. Grad), Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

Geburtsdatum

Tagsüber telefonische Erreichbarkeit

Aktuelle Praxisanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

für

(Anschrift der Zweigpraxis) (Straße, Nr.)

(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum voraussichtliche Tätigkeitsaufnahme

Tätigkeitsumfang Stunden pro Woche

Die Zweigpraxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o.ä.:
 ja Name der Institution: _____ nein

Sprechzeiten der Zweigpraxis:

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

Entfernung zwischen Vertragssitz und Zweigpraxis: _____
 (Kilometer und Fahrzeit)

Leistungsspektrum:

In der Zweigpraxis sollen folgende Vertragsärzte/- psychotherapeuten/ bzw. angestellte Ärzte / angestellte Psychotherapeuten tätig werden: (**separate Antragstellung zur Anstellung erforderlich**):

Name:

Fachgebiet:

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

2. Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR habe ich am _____ der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe Dortmund, (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen.

Hinweis:

Die Ausübung vertragsärztliche Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb des Bezirks der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer Zweigpraxis nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV sind nachstehende Unterlagen beizufügen:

- einen aktuellen und vollständigen Auszug aus dem Arztregister
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR. **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.** (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)

Hinweis:

Bei Bestandskraft wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.