



E-Mail: [ZA@KVWL.de](mailto:ZA@KVWL.de) Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf **Institutsermächtigung** zur Teilnahme  
an der vertragsärztlichen Versorgung

**Antragsteller**

Träger:

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Ansprechpartner:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

**Angaben zur beantragten Ermächtigung**

Name des Krankenhauses/der Einrichtung

ggf. Unterabteilung

Anschrift des Krankenhauses/der Einrichtung:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

BSNR:

## Art der beantragten Ermächtigungen

- Antrag auf Erstermächtigung.
  
- Antrag auf erneute Ermächtigung in dem bisher vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Leistungsumfang.
  
- Antrag auf Erweiterung der bestehenden Ermächtigung

**Wirkungsdatum:**

--

## Die Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wird wie folgt beantragt: (ggf. als Anlage beifügen)

- nach § 118 Abs. 1 (Psychiatrische Krankenhäuser)
  
- nach § 118 Abs. 4 (Tageskliniken)
  
- nach § 119 SGB V (Sozialpädiatrische Zentren)
  
- nach § 119c SGB V (MZEB)

**Die in den o.g. Institutsermächtigungen erbrachten Leistungen nach § 120 SGB V werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet, daher erfolgt unsererseits eine Kontaktaufnahme zu den Kostenträgern.**

- nach §§ 9,10 der Anlage 9.1 BMV-Ä (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten)
  
- nach § 31 Ärzte-ZV
  
- nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen)
  
- nach § 119a SGB V (ambulante Behandlung in Einrichtungen d. Behindertenhilfe)

Zur Erbringung der nachstehenden Leistungen.

Leistungsgruppe nach Feststellungsbescheid	Leistungsbezeichnung nach EBM	GOP				



## Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Radiologie am Haus? Ja/nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name:		
Falls nein: wer ist für die Radiologie verantwortlich?		
Labor am Haus? Ja/nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name:		
Falls nein: wer ist für das Labor verantwortlich?		
Führt bereits ein anderer Arzt am Haus die beantragten Leistungen ambulant durch?		
Falls ja: Name: Ggf. wird um Übersendung einer entsprechenden Verzichtserklärung gebeten.		
Wurde ambulantes Operieren nach § 115b SGB V angezeigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) erbracht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Erklärung zur Datenerhebung:

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

## Antragsgebühr

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene(n) Gebühr(en) in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

**Sofern eine Erstermächtigung beantragt wird, ist eine Abbuchung der 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung nicht möglich. Daher wird um Überweisung der Antragsgebühr gebeten.**

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

## Krankenhausplan

- Der beantragte Ermächtigungsumfang ist in folgenden zugewiesenen Leistungsgruppen des aktuellen Feststellungsbescheids unserer Einrichtung enthalten:


## Anlagen

- Beglaubigte Fotokopien der Approbationen sowie der Facharztanerkennungen der aufgeführten Ärzte (sofern diese nicht bei der Registerstelle der KVWL eingetragen sind) liegen als Anlagen bei.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu der Antragsstellung und unsere Antragsfristen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des  
Vertretungsberechtigten der Einrichtung