

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf**

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:
☎ 0211 5970 - 9534
@ Ermaechtigung.KV24@knvno.de

Antrag auf Erneuerung und/oder Erweiterung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Titel, Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

BSNR: _____

ggf. Krankenhaus: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail: _____

Dienststellung: _____

Abteilung: _____

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV eine Gebühr von 120,00 Euro erhoben, die von Ihrem Honorarkonto abgebucht wird.

Wir machen schon jetzt darauf aufmerksam, dass darüber hinaus - nach Eintritt der Rechtskraft des Beschlusses - bei positiver Entscheidung eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,00 Euro fällig wird (§ 46 Abs. 2 b Ärzte-ZV), die dann ebenfalls von Ihrem Honorarkonto abgebucht wird.

Hiermit beantrage ich

die **Erneuerung** meiner bis zum _____ (TT.MM.JJJJ) befristeten Ermächtigung im **bisher bestehenden** Umfang

oder bzw. und

die **Erweiterung** meiner bis zum _____ (TT.MM.JJJJ) befristeten Ermächtigung,

für folgende Leistungen die ich **selber erbringen** möchte:

| zu Punkt: | Leistung (bitte EBM-Nummern angeben): | Begründung: |
|-----------|---------------------------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

für folgende Leistungen die ich im Rahmen einer **Überweisungsbefugnis** nach § 24 Abs. 2 BMV-Ä überweisen möchte:

| zu Punkt: | Überweisung an folgende Facharztgruppe: | für Leistung/en (bitte EBM-GOP angeben): | Begründung, warum die Überweisung erforderlich ist: |
|-----------|---|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Datum

Stempel und Unterschrift

Bescheinigung des Krankenhausträgers

Frau / Herr _____ ist als

_____ in unserem Haus in der
(Dienststellung)

_____ in einem Umfang von
(genaue Bezeichnung der Klinik und der Abteilung)

_____ Wochenstunden angestellt.

- Entsprechend den Bestimmungen des § 31 a Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) erklären wir unser Einverständnis zu der beantragten Ermächtigung.

- Darüber hinaus bestätigen wir, dass für unser Krankenhaus eine Betriebshaftpflichtversicherung besteht. Diese umfasst die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit des/der o.g. Arztes/Ärztin als ermächtigter Arzt / ermächtigte Ärztin und deckt diese im Sinne des § 95 e SGB V. Dabei handelt es sich nicht um eine ggf. auch teilweise Self-Insured-Retention-Lösungen (SIR).

Datum

Stempel und Unterschrift
der Krankenhausverwaltung

Hinweis:

Falls der beantragte Ermächtigungsumfang genehmigungspflichtige Leistungen enthält (wie z.B. Röntgen, Ultraschall, Herzschrittmacherkontrollen etc.) bitten wir zu beachten, dass eine Ermächtigung zur Erbringung dieser Leistungen erst erfolgen kann, wenn die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein auf Antrag eine entsprechende Genehmigung erteilt hat. Daneben sind die Regeln des EBM einzuhalten.

Für welche Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist, entnehmen Sie bitte der Auflistung auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter folgendem Link:

<https://www.kvno.de/genehmigungen>