Antrag auf Institutsermächtigung

Wichtiger Hinweis!
Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen (Ort des Praxissitzes).

- ○ Regierungsbezirk Stuttgart
- ○ Regierungsbezirk Karlsruhe
- ○ Regierungsbezirk Freiburg
- ○ Regierungsbezirk Tübingen
- ○ Planungsbereich Baden-Württemberg (gesonderte fachärztliche Versorgung)

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____ Titel: _____

als Vertretungsberechtigter des Instituts

Name: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____ Fax: _____

die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

mit Wirkung vom _____

unter der ärztlichen Leitung von

Name, Vorname: _____ Titel: _____
Facharzt für _____

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen des ärztlichen Leiters beigefügt:
(Anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.)

☐ Approbationsurkunde ☐ Nachweise zur Titelführung
☐ Urkunden, aus der sich die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung, Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnungen ergibt

oder

☐ Auszug aus dem Arztregister
☐ Urkunden liegen bereits vor

Die Ermächtigung wird für folgende Leistungen beantragt:

_____

_____

_____

auf Grund von Überweisungen von _____

_____

Für den Fall einer Ermächtigung zur Mit- oder Weiterbehandlung und entsprechend vorliegender Überweisung soll meine Ermächtigung die Überweisungsbefugnis an folgende Fachgebiete enthalten:

Die Begründung erfolgt mit einem gesonderten Schreiben.

Ich beantrage die Ermächtigung aufgrund folgender Rechtsgrundlage:

- ☐ Psychiatrische Institutsambulanz eines Psychiatrischen Krankenhauses (§ 118 Abs 1 SGB V)
- ☐ Räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtung der Psychiatrischen Krankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen (§ 118 Abs. 4 SGB V)
- ☐ Geriatrische Institutsambulanz (§ 118a SGB V)
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)
- ☐ Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V)
- ☐ Stationäre Pflegeeinrichtung (§ 119b SGB V)
- ☐ Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 119c SGB V)
- ☐ Bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung (§ 31 Abs. 1 Ziff. 1 Ärzte-ZV)
- ☐ Versorgung eines begrenzten Personenkreises zb. Rehabilitanden (§ 31 Abs. 1 Ziff. 2 Ärzte-ZV)
- ☐ Durchführung bestimmter in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf Grundlage des EBM bei Erforderlichkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 1 BMV-Ä)
- ☐ Zytologische Diagnostik von Krebserkrankungen (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 Ziff. 1 BMV-Ä)
- ☐ Ambulante Untersuchungen und Beratungen zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 Ziff. 2 BMV-Ä)
- ☐ Psychosoziale Einrichtung zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben (§ 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV)

Im Rahmen der Institutsermächtigung sind folgende Ärzte tätig:

Titel	**Name, Vorname**	**Fachgebiet**	**Schwerpunkt/ Zusatzbezeichnung**

Erklärung:

Ich erkläre, dass ich mit der Weiterleitung der persönlichen Daten der Einrichtung an Dritte im Rahmen der Prüfung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte zu meinem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einverstanden bin.

(Ort und Datum)	(Unterschrift)

Hinweis:

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte ist bei einem Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet eine umfassende Prüfung vornehmen. Hierzu werden u.a. Stellungnahmen der Verfahrensbeteiligten (Kassenärztliche Vereinigung, Verbände der Krankenkassen) und sonstiger Betroffener zum Bedarf eingeholt. Eine Übermittlung der persönlichen Daten der Einrichtung (Name, Berufsbezeichnung, Ort der Tätigkeit, Antragsinhalt etc.) an Dritte ist aus datenschutzrechtlichen Gründen ohne Ihre Einwilligung unzulässig. Ohne Ihre Einwilligung kann jedoch in der Regel die Erforderlichkeit sowie der Umfang einer Ermächtigung nicht beurteilt werden.