

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

Bezeichnung des Instituts: _____

BSNR: _____

ggf. Krankenhaus: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail: _____

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

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).

Hiermit beantragen wir

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

oder bzw. und

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

für folgende Leistungen die selbst durch das Institut erbracht werden sollen:

| | | |
|---|---------------------------------|-------------|
| zu Punkt x der Ermächtigung (bitte bisherigen Punkt hier angeben z.B. II 2) | Leistung (EBM-Nummern angeben): | Begründung: |
| | | |
| | | |
| | | |
| neuer Punkt | Leistung (EBM-Nummern angeben): | Begründung: |
| | | |
| | | |
| | | |

für folgende Leistungen die im Rahmen einer **Überweisungsbefugnis** nach § 24 Abs. 2 BMV-Ä überwiesen werden sollen:

| | | | |
|---|---|--|---|
| zu Punkt x der Ermächtigung (bitte bisherigen Punkt hier angeben z.B. II 2) | Überweisung an folgende Facharztgruppe: | für Leistung/en (bitte EBM-GOP angeben): | Begründung, warum die Überweisung erforderlich ist: |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| neuer Punkt | Überweisung an folgende Facharztgruppe: | für Leistung/en (bitte EBM-GOP angeben): | Begründung, warum die Überweisung erforderlich ist: |
| | | | |
| | | | |

Name in Druckbuchstaben und Dienstbezeichnung des Unterzeichners

Datum

Stempel und Unterschrift

Bescheinigung der abgerechneten Fälle
(nur für SPZs nach § 119 SGB V, MZEBs nach § 119c SGB V und Außenstellen von
PIAs nach § 118 Abs. 4 SGB V)

Ich bestätige, dass die folgende Anzahl an Behandlungsfällen mit den Krankenkassen in den letzten vier Quartalen vor Antragsstellung abgerechnet wurde:

| Quartal (Q/JJJJ) | Fallzahl |
|---------------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Datum

Stempel und Unterschrift
der Krankenhausverwaltung