

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Rechtsabteilung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-353
Fax: 030 / 31 003-50309
E-Mail: Foerderung@kvberlin.de

Antrag auf Gewährung einer Förderung für Neuniederlassung/Praxisübernahme
zur Sicherstellung der Versorgung entsprechend Sicherstellungsstatut und Ausführungsbestimmungen.

Titel, Name, Vorname:	_____										
Fachgebietsbezeichnung:	_____										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer; wenn vorhanden)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Anzahl Versorgungsaufträge	_____										
<u>Anschrift der geplanten Praxis/Hauptbetriebsstätte</u>											
Name der Betriebsstätte	_____										
Straße, Hausnummer	_____										
PLZ, Ort	_____										
Betriebsstättennummer (BSNR) (wenn vorhanden)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



BEANTRAGUNG

Beantragt wird die Förderung für eine Neuniederlassung als Vertragsarzt bzw. die Praxisübernahme einer bereits bestehenden Praxis gemäß Abschnitt 2 Kapitel A der Ausführungsbestimmungen zur Gewährung von Investitionszuschüssen.

Ich beantrage die Förderung für:

eine Neuniederlassung

(Anschrift der Neuniederlassung)

eine Übernahme/Nachbesetzung eines Praxis-/Arztsitzes

(Name, Vorname des Arbeitgebers der Praxis/des Arztsitzes)

Lebenslange Arztnummer (LANR)
(Arbeitgeber)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Meine vertragsärztliche Tätigkeit erfolgt im Umfang eines:

vollen Versorgungsauftrag

hälftigen Versorgungsauftrag

Die Aufnahme meiner vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt voraussichtlich am:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte beachten Sie, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit die Auszahlung der Förderung erfolgen kann. Sollte sich der angegebene Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

VORAUSGEGANGENE FÖRDERUNG

Für die Förderungen der Kapitel 4.3 bis 4.5 des Sicherstellungsstatus ist es gemäß den allgemeinen Bestimmungen und Abschnitt 2 Kapitel A der Ausführungsbestimmungen zur Gewährung von Investitionszuschüssen nicht gestattet innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Fördermaßnahme, erneut Anträge zu stellen.

Ich habe bereits in der Vergangenheit eine/mehrere Förderungen beantragt: Ja Nein

Förderanträge: _____

Jahr: _____ Betreff: _____

KONTODATEN

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name des Bankinstituts: _____

VERÖFFENTLICHUNG DER PRAXISDATEN

Die Förderung setzt voraus, dass sich der Förderungsempfänger mit der vollumfänglichen Veröffentlichung seiner Praxisdaten (Name, Fachgebiet, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen, Adresse, Telefonnummer, Sprech- und Öffnungszeiten, Barrierefreiheit) in der Arztsuche der KV Berlin einverstanden erklärt (Kapitel A § 3 Abs. 8) der Ausführungsbestimmungen zur Gewährung von Investitionszuschüssen). Bei Nichterfüllung der Fördervoraussetzungen ist der Förderantrag von der KV Berlin abzulehnen.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Ich verpflichte mich,

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in der Sicherstellungsrichtlinie der KV Berlin und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung anzubieten, in jedem Fall aber die Mindestsprechstunden gemäß den für Vertragsärzte/ Vertragspsychotherapeuten maßgeblichen Vorschriften zu erfüllen,
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen, den gewährten Zuschuss an die KV Berlin zurückzuzahlen.

Ich erkläre, dass

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in der geförderten Vertragsarztpraxis innerhalb der gesetzlichen bzw. vom Zulassungsausschuss bestimmten Aufnahmefrist oder bis zu dem vom Zulassungsausschuss festgesetzten Zeitpunkt aufgenommen worden ist.
- ich verpflichtet bin, die gewährte finanzielle Zuwendung an die KV Berlin zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nicht zutreffenden Angaben beruht.
- mir bekannt ist, dass die KV Berlin einen Rückforderungsanspruch ggf. bereits im Honorarbescheid geltend machen und ggf. durch Aufrechnung mit dem Honoraranspruch realisieren kann.
- ich jegliche Änderungen, welche sich auf die Förderung auswirken könnten, unverzüglich der KV Berlin mitzuteilen habe.
- ich in die Veröffentlichung meiner Praxisdaten (Name, Fachgebiet, Schwerpunkte, und Zusatzbezeichnungen, Adresse, Telefonnummer, Sprech- und Öffnungszeiten, Barrierefreiheit) in die Arztsuche der KV Berlin einwillige.

Darüber hinaus erkläre ich, dass

- über mein Vermögen kein Insolvenzverfahren eröffnet bzw. kein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gestellt wurde.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Gewährung einer Förderung für Neuniederlassung/Praxisübernahme
- Erforderliche Praxisdaten für die Arztsuche der KV Berlin

Sofern bereits vorhanden:

- Zulassungsbescheid
- Kopie einer Mietoption/Mietvertrag

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Arzt