

Arztregister und Bedarfsplanung
Bereich Klassisches Arztregister
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Fax: (030) 3 10 03 - 311

Hiermit beantrage ich gemäß § 4 Abs. 3 S. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte die Genehmigung zur Fortführung der Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes

Antragsteller

Titel, Name, Vorname _____

Postanschrift

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Kontaktdaten:

Telefonnummer _____

Faxnummer _____

E-Mail _____

Bisheriger Vertragsarzt

Titel, Name, Vorname _____

Praxissitz

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Erbe des verstorbenen Vertragsarztes

Titel, Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

- Die Erklärung des / der Erben des bisherigen Praxisinhabers über das Einverständnis mit diesem Antrag liegt vor und ist beigelegt (s. Anlage).

Die erfolgte Eintragung in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung ist Voraussetzung dieser Antragstellung. Sofern die Eintragung nicht im Arztregister der KV Berlin, sondern im Register einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung besteht, ist diesem Antrag eine Kopie des Registerauszuges beizufügen.

Registereintragung bei der KV _____ liegt vor
seit dem _____ mit der
Eintragsnummer (ENR) _____

Registereintragung bei der KV _____ beantragt
am _____

- Es liegt keine Registereintragung vor.

Jetzige Tätigkeit als _____ im Umfang von _____ Stunden pro Woche.

Weiterführung der bisherigen Tätigkeit

- bis auf Weiteres
 wird beendet / gekündigt zum:

Soweit die vorstehende Genehmigung genehmigungspflichtige Leistungen einschließt, sind diese nur dann abrechnungs- und honorarfähig, nachdem die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Genehmigung für die entsprechenden Leistungen erteilt hat.

Bitte beachten Sie, dass Ihnen ggf. eine automatische Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen auch aufgrund einer Zusatzbezeichnung erteilt werden kann. **Diese Zusatzbezeichnung muss im Arztregister der KV Berlin registriert sein.**

Antragsformulare bzw. Beratung und weitere Auskünfte über:

- notwendige Qualifikationsnachweise und eventuelle apparative Ausstattung
- Übertragungsmodalitäten bereits erteilter Genehmigungen aus anderen KV Bereichen erhalten Sie bei den jeweiligen Ansprechpartnern der Abteilung Qualitätssicherung.

Die Abteilung Qualitätssicherung steht Ihnen auch als Ansprechpartner bei folgenden Themen zur Verfügung:

- Qualitätszirkel
- Fortbildung gem. § 95d SGB V
- Einführung eines Qualitätsmanagements nach § 135a SGB V.

Gemäß **§ 31 Abs. 6 Ärzte-ZV** erkläre ich, dass ich weder rauschgiftsüchtig bin, noch in den letzten fünf Jahren gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen. Der Ausübung des ärztlichen Berufes stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe entgegen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die – auch vorläufige – Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

Für den Fall einer Genehmigung erkenne ich die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen an.

Ich bin damit einverstanden, dass eine Kopie der Entscheidung von der KV Berlin an den/die Erben des verstorbenen Vertragsarztes versandt wird.

Vorgesehene Sprechzeiten:

	Vormittags	Nachmittags
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		

Von den vorstehend genannten Regelungen habe ich Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Anlage

Erklärung des/der Erben

Name

Name

Name

Hiermit erkläre ich/ erklären wir unser Einverständnis mit dem Antrag des/der

Titel, Name, Vorname

auf Fortführung der Praxis der/des

Titel, Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift