

Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:

KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de

Handelt es sich bei Ihrem Antrag um ein Formular für eine
Chiffre-Nr./um eine Bewerbung auf eine Ausschreibung, senden Sie die
Unterlagen bitte an das Postfach Ausschreibung.KV24@kvno.de

Antrag auf Verlegung eines Vertragsarztsitzes

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Fachgruppe: _____

BSNR: _____

bisherige Praxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

bisherige Praxisanschrift soll als Zweigpraxis weitergeführt werden

neue Praxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax:
(keine Handynummer) _____

Begründung für die Sitzverlegung:

Die Praxisverlegung soll zum _____ erfolgen.
(Datum)

Weitere Vorhaben

Sind mit der beantragten Verlegung ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** relevant sind? Was ist Ihr Ziel? (z. B. weitere **Anträge an den Zulassungsausschuss**, die im Zusammenhang mit der Verlegung stehen, wie etwa, Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft, **Anträge an die KV** wie etwa Genehmigung einer Zweigpraxis.)

- nein
- ja

welche?

Wir weisen darauf hin, dass ein gesonderter Antrag bezüglich des weiteren Vorhabens einzureichen ist.

Hinweis:

Die Verlegung einer **Sonderbedarfszulassung** ist nicht möglich. Soll der Vertragsarztsitz verlegt werden, ist ein Neuantrag auf Sonderbedarfszulassung beim Zulassungsausschuss zu stellen.

Sollte es sich bei der neuen Praxisanschrift um eine Organisationsgemeinschaft handeln, bitten wir Sie, eine gemeinsame Einverständniserklärung einzureichen. Eine Organisationsgemeinschaft ist gem. § 33 Ärzte-ZV anzeigepflichtig.

Bei Verlegung des Vertragsarztsitzes entfällt automatisch die Zweigpraxisgenehmigung. Sollten Sie in Besitz einer Zweigpraxisgenehmigung sein und soll die Zweigpraxis weiterhin betrieben werden, so muss dies erneut durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein genehmigt werden.

Anträge richten Sie bitte an die:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Abteilung Sicherstellung
Frau Gerkemeier/Frau Gibat
40182 Düsseldorf

Für diesen Antrag wird gem. § 46 der Ärzte-ZV eine Gebühr von 120 Euro erhoben. Nach Abschluss des Verfahrens werden wir die Gebühr von Ihrem Honorarkonto einbehalten.

Name:

Datum:

Unterschrift: