Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss Köln

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:
Kammer I 🖷 0211 5970 33277
@ ZA.Kammer.1.KV27@kvno.de

Kammer II 🖷 0211 5970 33278
@ ZA.Kammer.2.KV27@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 Verlegungen des Vertragsarztsitzes entfällt automatisch die **Zweigpraxisgenehmigung** soweit nicht ausschließlich an der Zweigpraxis angestellte Vertragsärzte dort tätig sind. Sollten Sie im Besitz einer Zweigpraxisgenehmigung sein, die nicht ausschließlich die Tätigkeit von an der Zweigpraxis angestellten Ärzten genehmigt, und soll die Zweigpraxis weiterhin betrieben werden, so wenden Sie sich bitte unter Angabe Ihrer Kontaktdaten per Mail an das Postfach zweigpraxis@kvno.de.

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: