

## 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 ich **selber erbringen** möchte:

Bitte geben Sie an, ob es eine ergänzende Leistung zu einem bereits vorhandenen Ermächtigungspunkt sein soll oder es sich um einen neuen, weiteren Ermächtigungspunkt handelt, siehe Ausfüllhinweis erste Zeile.

Neuer Punkt:	oder Zuordnung zu Punkt:	Leistung (bitte EBM-Nummern angeben):	Begründung:
<i>x</i>	<i>II. 1 a</i>	<i>GOP 12345, 12346 EBM</i>	<i>Begründungstext</i>

### Überweisungsbefugnis nach § 24 Abs. 2 BMV-Ä:

- Ich beantrage eine Überweisungsbefugnis gem. § 24 Abs. 2 BMV-Ä  
an Ärzte anderer Fachgruppen  
(Bitte geben Sie an, ob Sie auch selber Überweisungen an andere Fachgruppen z.B. für Laborleistungen  
ausstellen möchten)

---

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