

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Sachgebiet Sicherstellung
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Frau Paulus | Telefon 0761 884-4242 | Fax 0761 884-483867 | (Bezirksdirektion Reutlingen und Stuttgart)
Frau Dineva | Telefon 0761 884-4244 | Fax 0761 884-483867 | (Bezirksdirektion Freiburg und Karlsruhe)

Erklärung zu ausgelagerten Praxisräumen

gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

BSNR/Name des Antragstellers

Bitte beachten Sie, dass sofern Ihre angestellten Ärzte ebenfalls in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden sollen, diese Tätigkeit ebenfalls anzeigepflichtig ist.

Vorname, Name des ggf. angestellten Arztes

Die Tätigkeitsaufnahme in den ausgelagerten Praxisräumen erfolgt zum:

Aufnahmedatum

Die ausgelagerten Praxisräume befinden sich

in einer Vertragsarztpraxis/einem MVZ in einem Krankenhaus in sonstigen Räumen

Anschrift der ausgelagerten Praxisräume

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon/Telefax

Genehmigungspflichtige Leistungen

(eine Genehmigung für diese Leistungen liegt seitens der KV Baden-Württemberg vor)

(Bitte detailliert angeben mit 5-stelligen EBM-Gebührennummern – ggf. gesondertes Blatt beilegen)

Text	EBM-Gebührennummer

Begründung:

Nicht-genehmigungspflichtige Leistungen

(Bitte detailliert angeben mit 5-stelligen EBM-Gebührennummern – ggf. gesondertes Blatt beilegen)

Text	EBM-Gebührennummer

Begründung:

Die Entfernung und Fahrzeit zwischen Hauptpraxis und den geplanten ausgelagerten Praxisräumen beträgt:
_____ km _____ Minuten.

(Die Entfernung muss für die Patienten zumutbar sein. Dies wird derzeit als gewahrt angesehen, wenn die ausgelagerten Praxisräume in der Regel nicht mehr als **30 Minuten Fahrzeit** von der Hauptpraxis entfernt liegen.)

Die Patienten werden in die ausgelagerten Praxisräume bestellt, nachdem der **Erstkontakt am Vertragsarztsitz** stattgefunden hat.

In den ausgelagerten Praxisräumen werden **keine Sprechstunden** angeboten.

Das Gebot der **persönlichen Leistungserbringung** (§ 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte) wird erfüllt.

Die Räumlichkeiten sind

- räumlich
- personell
- und organisatorisch

zur Umgebung abgegrenzt. Es gibt keine „Doppelnutzung“ von Räumen und bei gemeinsamer Nutzung von Personal klare Abgrenzbarkeit in zeitlicher und organisatorischer Hinsicht (ggf. durch Vorlage von Überlassungsverträgen, Grundrisszeichnungen, etc. nachzuweisen).

Mir ist bekannt, dass sämtliche Änderungen, insbesondere

- des Leistungsspektrums in den ausgelagerten Praxisräumen
- der Adresse der ausgelagerten Praxisräume
- der Beendigung der Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen

der KV Baden-Württemberg umgehend mitzuteilen sind.

Bitte beachten Sie, dass Abrechnungsgenehmigungen für qualitätsgesicherte Leistungen oftmals an den Ort gebunden sind. Je nach Genehmigungsart sind für Ihre ausgelagerten Praxisräume neue Anträge bzw. Gerätenachweise erforderlich. Anträge, Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/

Ich bestätige, dass die geforderten Voraussetzungen bzgl. ausgelagerter Praxisräume erfüllt sind.

Ort/Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift(en)

Die Erklärung ist von allen Ärzten zu unterschreiben, welche in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden möchten. Bei angestellten Ärzten ist die Erklärung von dem oder den Ansteller(n) zu unterschreiben, bei Medizinischen Versorgungszentren vom berechtigten Geschäftsführer oder dem Ärztlichen Leiter. Bitte füllen Sie die Erklärung vollständig und leserlich aus.

Antwortfax

Hier bitte Ihre Faxnummer eintragen: _____

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bestätigt Ihnen den Erhalt Ihrer Anzeige hinsichtlich der ausgelagerten Praxisräume in

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift KVBW