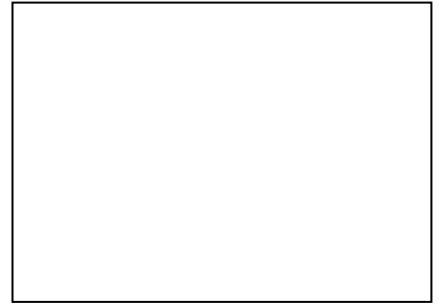


**Zulassungsausschuss für Ärzte**  
bei der  
Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg  
Friedrich-Engels-Str. 103, 14473 Potsdam, Tel.: 0331/2309-0



**Antrag auf Ermächtigung  
zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung  
als**

- Facharzt für** \_\_\_\_\_
- Psychologischer Psychotherapeut**
- Kinder- u.- Jugendlichenpsychotherapeut**

**1. Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
Titel, Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

\_\_\_\_\_  
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

---

**2. Ich beantrage die Ermächtigung  
zur vertragsärztlichen Versorgung**

**als** \_\_\_\_\_

**Institution** \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
(Str., Nr.)  
\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Tel.-Nr.)

Ermächtigungssprechstunde \_\_\_\_\_  
(Str., Nr.)  
\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Tel.-Nr.)

---

3. Tag der Approbation: \_\_\_\_\_ Abschluss des Staatsexamens: \_\_\_\_\_

Tag der Promotion: \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung

bzw. Fachkunde als: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Anerkennung zum Führen einer

Schwerpunktbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

4. Sind Sie in ein Arztregister eingetragen? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_  
Wo? \_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

---

**5. Aufstellung über die ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit**  
vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tag der Antragstellung

Von bis	Stellung/Funktion	Einrichtung	Ort

## 6. Vorgeschriebene Erklärungen

**6. 1.** Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich im Falle der Ermächtigung an der ambulanten vertragsärztlichen / psychotherapeutischen Versorgung alle Leistungen, die in meiner Ermächtigung enthalten sind, entsprechend den Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung persönlich erbringen werde.

Für den Fall der Ermächtigung unterwerfe ich mich den für die vertragsärztliche / ambulante psychotherapeutische Versorgung geltenden Vorschriften.

---

**Unterschrift**

**6.2.** Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht rauschgiftsüchtig war.

Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des vertragsärztlichen / psychotherapeutischen Berufes nicht entgegenstehen.

---

**Unterschrift**

Dem Antrag auf Ermächtigung sind beigefügt:

- Geburtsurkunde und ggf. Urkunde über Namensänderung
- Zeugnis der ärztlichen Prüfung (Staatsexamen)
- Approbation
- Urkunde Gebietsbezeichnung
- Urkunde Titelanerkennung

**(Die vorgenannten Urkunden sind als amtlich beglaubigte Fotokopien einzureichen)**

- Erklärung zur Fachkunde (gilt nur für Psycholog, Psychotherapeuten und K.-u.-J.-Psychotherapeuten)
- Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers
- Begründung des Antrages
- Nachweis über die Einzahlung der Gebühr von 120,00 € gem. § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV (Kopie des Einzahlungsbeleges)  
Die für diesen Antrag gemäß § 46 Ärzte-ZV zu entrichtende Gebühr ist per Überweisung auf das Konto Nr. 0103118428, BLZ 100 906 03 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Potsdam Stichwort „Ermächtigung, Name, Vorname“ zu überweisen.

**Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich dem Zulassungsausschuss und nach meiner Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg jeweils unverzüglich mitteilen.**

---

**Ort und Datum**

---

**Unterschrift**



## Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers

### Ermächtigung eines Krankenhausarztes gemäß § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV

Voraussetzung für eine Ermächtigung eines Krankenhausarztes ist das Bestehen einer Nebentätigkeitserlaubnis zur Erbringung der beantragten Leistungen. Durch diese Erklärung bestätigt der Krankenhausträger das Vorliegen einer entsprechenden Erlaubnis für

Herrn/Frau

---

in der Eigenschaft als Chefarzt/Leitender Arzt/Oberarzt

der Abteilung

---

Dem Krankenhausträger ist bekannt, dass

- durch die Ermächtigung die Versorgung der stationären Patienten nicht beeinträchtigt werden darf,
- der ermächtigte Krankenhausarzt die vertragsärztliche Tätigkeit **persönlich** in eigener Sprechstunde ausüben muss und diese nachgeordneten Krankenhausärzten **nur** bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung übertragen kann,
- der Vertreter über eine Berechtigung zum Führen der Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung im entsprechenden Fachgebiet bzw. Schwerpunkt, für das/den die Ermächtigung ausgesprochen worden ist, verfügen muss,
- die Ermächtigung nur vom ermächtigten Krankenhausarzt in Form **persönlicher** Sprechstunden ausgeübt werden darf und **nicht** in Form einer „Vertragsambulanz“ betrieben werden kann,
- die Ermächtigung widerrufen werden kann, wenn nachträglich durch einen in der Person des Arztes liegenden Grund (u.U. auch Missachtung der Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung gemäß § 32 a Ärzte-ZV) der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird.

---

(Ort/Datum)

---

(Unterschrift/Stempel  
Krankenhausträger)

## **Hinweise**

### **für die Beantragung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

Angaben zu den zu erbringenden Unterlagen sind aus beiliegendem Antragsformular zu entnehmen.

Bitte beachten Sie zu den einzureichenden Urkunden, dass diese im Original zur Einsichtnahme oder als **amtlich beglaubigte** Kopien einzureichen sind.

Es können nur Beglaubigungen durch siegelführende Dienststellen sowie notarielle Beglaubigungen anerkannt werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, Kopien mit dem Original in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 14473 Potsdam, Friedrich-Engels-Straße 103, zur Beglaubigung vorzulegen. Die Beglaubigung erfolgt dann durch unsere Mitarbeiter.

Im Rahmen der Antragsbegründung führen Sie bitte aus, wie hoch Sie den Bedarf an ambulanten Leistungen hinsichtlich Ihres Fachgebietes einschätzen. Bei einer ausreichenden Versorgung wird empfohlen, solche speziellen Leistungen anzubieten, die nicht im niedergelassenen Bereich erbracht werden können.

In diesem Zusammenhang wird die Angabe aller Gebührenordnungsnummern, die im Rahmen Ihrer Ermächtigung geplant sind, nach dem **gültigen** EBM mit der dazugehörigen Legende benötigt.

Nach Eingang eines vollständigen Ermächtigungsantrages wird die gesetzlich vorgeschriebene Bedarfsprüfung zu Ihrem Antrag eingeleitet. Nach Vorlage der Ergebnisse der Bedarfsprüfung und Vollständigkeit der Unterlagen kann der Zulassungsausschuss für Ärzte über Ihren Antrag entscheiden.

Eine Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) sowie mit einem rechtskräftig gewordenen Bescheid des Zulassungsausschusses für Ärzte möglich.

Ein aktuelles Merkblatt über die genehmigungspflichtigen Leistungen ist unter [kvbb.de/Qualitätssicherung/ genehmigungspflichtige Leistungen](http://kvbb.de/Qualitätssicherung/genehmigungspflichtige_Leistungen) abrufbar. Eine Genehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, zu beantragen.

**Anliegende Erklärung über die Kenntnisaufnahme des Merkblattes der genehmigungspflichtigen Leistungen ist, unterzeichnet vom anzustellenden Arzt, zurückzusenden.**

Für eventuelle Fragen stehen wir Ihnen gern unter folgenden Tel.-Nrn. 0331/2309-312, 309, 307, 306 zur Verfügung.

**Titel, Name (in Druckschrift)**

## **Erklärung bezüglich der Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen**

Ich habe das Merkblatt der genehmigungspflichtigen Leistungen, im Internet unter *kvbb.de/Qualitätssicherung/genehmigungspflichtige Leistungen* zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung für die in o. g. Merkblatt aufgeführten Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung, zu beantragen ist und eine Abrechnung dieser Leistungen erst nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie mit einem verbindlich gewordenen Beschluss des Zulassungsausschusses bei der KVBB möglich ist.

---

Ort, Datum

Unterschrift