



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
 Zulassungsausschuss Ärzte Chemnitz  
 Postfach 11 64  
 09070 Chemnitz

## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

### I. Gründer des Medizinischen Versorgungszentrums

Hinweise: Als Gründer eines MVZ können gemäß § 95 Abs. 1a Sozialgesetzbuch –Fünftes Buch– (SGB V) die im folgenden genannten Leistungserbringer<sup>1</sup> auftreten. Der benannte Buchstabe ist bei der namentlichen Nennung (Seite 2) mit anzugeben.

<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	<b>Zugelassene Ärzte</b> beifügen: Arztregisterauszug (Nur für Ärzte, die nicht im Arztregister der KVS registriert sind)
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	<b>Träger eines zugelassenen Krankenhauses nach § 108 SGB V</b> beifügen: Versorgungsvertrag oder gleichlautender Nachweis
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	<b>Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V</b> beifügen: Vertrag mit gesetzlichen Krankenkassen
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	<b>Anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V</b> beifügen: Anerkennungsbescheid
<input type="checkbox"/>	<b>E</b>	<b>Gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen</b> beifügen: Bescheid über die Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung sowie Nachweis Gemeinnützigkeit
<input type="checkbox"/>	<b>F</b>	<b>Kommunen<sup>2</sup></b>

**Die jeweils genannten Unterlagen sind diesem Antrag im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie beizufügen!**

<sup>1</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen!

<sup>2</sup> Bevor der Antrag auf Gründung eines MVZ durch eine Kommune gestellt wird, ist angeraten, sich bei der KVS über ggf. bestehende Besonderheiten beraten zu lassen.

**Gründer 1:**

Der Nachweis der Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstaben .....liegt bei.

Titel, Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

.....

.....

Telefon/ E-Mail: .....

**Gründer 2:**

Der Nachweis der Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstaben .....liegt bei.

Titel, Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

.....

.....

Telefon/ E-Mail: .....

**Gründer 3:**

Der Nachweis der Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstaben .....liegt bei.

Titel, Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

.....

.....

Telefon/ E-Mail: .....

**Gründer 4:**

Der Nachweis der Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstaben .....liegt bei.

Titel, Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

.....

.....

Telefon/ E-Mail: .....

**II. Rechts-/Organisationsform des Medizinischen Versorgungszentrums**

- Gesellschaft bürgerlichen Rechts**  
Aktueller Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB ist beigefügt.
- Partnerschaftsgesellschaft**  
Aktueller Gesellschaftsvertrag gem. § 3 PartGG sowie aktueller Partnerschaftsregisterauszug gem. § 4 PartGG sind beigefügt.
- eingetragene Genossenschaft (e. G.)**  
Aktuelle Satzung gem. § 5 GenG sowie aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister gem. § 10 GenG sind beigefügt.
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)**  
Aktueller Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG sowie aktueller Handelsregisterauszug gem. § 7 GmbHG sind beigefügt.
- öffentlich-rechtliche Rechtsform**  
Aktuelle Fassung der Betriebssatzung ist beigefügt.

**III. Name und Betriebsstätte des Medizinischen Versorgungszentrums**

Name des MVZ: .....

Anschrift: .....

Telefon/ FAX/ E-Mail: .....

**IV. Zeitpunkt Tätigkeitsaufnahme des Medizinischen Versorgungszentrums**

Voraussichtliche Aufnahme der Tätigkeit: .....

**V. Ärztliche Leitung des Medizinischen Versorgungszentrums**

- Der Nachweis über die einvernehmliche Ernennung/Berufung ist vorzulegen.

Titel, Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon/ E-Mail: .....

**VI. Versicherungsnachweis für das Medizinische Versorgungszentrum**

Versicherungsbescheinigung gemäß § 95e SGB V i. V. m. § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) als **Anlage**

**VII. Sicherheitsleistung des/der Gesellschafter(s) bei MVZ GmbH**

Sofern das hier beantragte MVZ in der Rechtsform einer GmbH organisiert werden soll, sind diesem Antrag nach § 95 Abs. 2 eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen im Sinne von § 232 BGB der Gesellschafter der MVZ GmbH beizufügen.

Diesem Antrag liegt/liegen bei ....

- selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung(en)  
oder
- der/die Nachweis(e) über die Bestellung anderer Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB (z. B. Hinterlegung von Geld, Verpfändung beweglicher Sachen oder von Forderungen, Bestellung von Hypotheken an inländischen Grundstücken).

**VIII. Leistungserbringer im Medizinischen Versorgungszentrum**

- Teilnahme von zugelassenen Vertragsärzten/Psychotherapeuten  
(Die entsprechende Erklärung je Arzt/Psychotherapeut ist als **Anlage** beizulegen.)
- Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten  
(Der entsprechende Antrag je Arzt/Psychotherapeut ist als **Anlage** beizulegen.)

**IX. Vertretene Fachrichtungen**

Folgende Fachrichtungen sind in der Betriebsstätte des MVZ vertreten:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt</li> <li>• Fachgebiet</li> <li>• Schwerpunkt (wenn zutreffend)</li> </ul>	Tätigkeitsumfang			
	0,25 <small>(6,25 h bis 10 h pro Woche)</small>	0,5 <small>(12,5 h bis 20 h pro Woche)</small>	0,75 <small>(20 h bis 30 h pro Woche)</small>	1,0 <small>(mehr als 30 h/Woche)</small>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Fachrichtungen sind in einer Nebenbetriebsstätte des MVZ vertreten:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt</li> <li>• Fachgebiet</li> <li>• Schwerpunkt (wenn zutreffend)</li> </ul>	Tätigkeitsumfang			
	0,25 <small>(6,25 h bis 10 h pro Woche)</small>	0,5 <small>(12,5 h bis 20 h pro Woche)</small>	0,75 <small>(20 h bis 30 h pro Woche)</small>	1,0 <small>(mehr als 30 h/Woche)</small>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anschrift Nebenbetriebsstätte: .....

.....

Hinweis: Die Errichtung einer Nebenbetriebsstätte des MVZ erfordert zusätzlich zur Entscheidung des Zulassungsausschusses eine Genehmigung der KVS!

**X. Weiterer Ansprechpartner des MVZ**

Titel, Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

.....

.....

Telefon/ E-Mail: .....

**XI. Antragsgebühr**

Für den Antrag auf Zulassung des MVZ ist eine Gebühr in Höhe von **100,- €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer. Beachten Sie bitte auch, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

Hinweis: Erlangt die beantragte Zulassung Rechtskraft, ist zusätzlich eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- € zu zahlen.

**XII. Erklärungen**

Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werden vom Unterzeichner/von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Es ist bekannt, dass die vertragsärztliche Tätigkeit des MVZ auf den unter Abschnitt III. genannten Sitz der Betriebsstätte beschränkt ist. Die ärztliche Tätigkeit an einem anderen Ort (Nebenbetriebsstätte) bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.

Es ist bekannt, dass die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der KV Sachsen nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software **Online** durchgeführt werden muss.

Für diese Abrechnung ist das verwendete EDV-System zur Bestätigung anzuzeigen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift u. Stempel Gründer/Vertretungsberechtigter des MVZ

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift u. Stempel Gründer/Vertretungsberechtigter des MVZ

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift u. Stempel Gründer/Vertretungsberechtigter des MVZ

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift u. Stempel Gründer/Vertretungsberechtigter des MVZ

## Hinweise Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvsachsen.de/datenschutzerklaerung>.

### Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

- Unterlagen nach **Abschnitt I.** im Original bzw. amtlich beglaubigt (MVZ-Gründungsberechtigung)
- Unterlagen nach **Abschnitt II.** im Original bzw. amtlich beglaubigt (Nachweis Gesellschaftsverhältnisse des MVZ)
- Nachweis Ernennung ärztlicher Leiter nach **Abschnitt V.**
- Versicherungsbestätigung nach **Abschnitt VI.**
- Sicherheitsleistung nach **Abschnitt VII.**
- Anträge nach **Abschnitt VIII.** (Erklärung „Zulassung im MVZ“ bzw. Anstellungsanträge)