Zulassungsausschüsse Sachsen

Postfach 11 64

09070 Chemnitz

Bitte wählen Sie Ihren Zulassungsbezirk aus:

☐ Chemnitz

☐ Dresden

☐ Leipzig

E-Mail: zulassung@kvsachsen.de

Änderungserklärung

im Rahmen der der vertragsärztlichen / -psychotherapeutischen Tätigkeit

Erklärender (bei der Erklärung für den Angestellten ist dies der anstellende Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut, die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder der Rechtsträger des MVZ)

Titel, Vorname, Name

Ggf. Fachgebiets-/ Schwerpunktbezeichnung

Titel, Vorname, Name

Ggf. Fachgebiets-/ Schwerpunktbezeichnung

Hinweis: Weitere erklärende Personen sind auf einem gesonderten Blatt aufzulisten.

Ich bin / Wir sind für die BAG / das MVZ _____

Name BAG / MVZ

vertretungsberechtigt.

_____

Telefonnummer /E-Mail-Adresse für Rückfragen

Ich bin…

☐ zugelassener Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut (Anlage 1 und Anlage 2 beifügen)

Die nachfolgende Erklärung erfolgt

☐ für den / die o.g. Erklärenden persönlich

☐ im Rahmen der durch den Zulassungsausschuss genehmigten Anstellung von:

_____

Titel, Vorname, Name

_____

Ggf. Fachgebiets-/ Schwerpunktbezeichnung

Änderungserklärung

Beachten Sie, dass statusbegründende oder statusändernde Entscheidungen (z. B. Erweiterungen oder Erhöhungen von Versorgungsaufträgen, Verlegungen, Ruhen) nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt und damit umgesetzt werden können. Eine rückwirkende Änderung ist ausschließlich für Feststellungen wie z.B. die Beschränkung / Reduzierung des Versorgungsauftrages möglich. Soweit Änderungen eine gesamte Praxis mit mehreren Leistungserbringern betreffen, ist das Formular für jeden Leistungserbringer separat auszufüllen.

Im Anschluss an die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erkläre ich die verbindliche Änderung der Tätigkeit auf Grund …

☐ der Beschränkung / Reduzierung des Versorgungsauftrages / Beschäftigungsumfangs

auf / von	0,75	0,5	0,25 (bei Anstellung)
1,0	☐	☐	☐
0,75		☐	☐
0,5			☐

☐ der Erweiterung / Erhöhung des Versorgungsauftrages / Beschäftigungsumfangs

von \ auf	1,0	0,75	0,5
0,75	☐		
0,5	☐	☐	
0,25 (bei Anstellung)	☐	☐	☐

☐ der Verlegung des Tätigkeitsortes

von: _____

bisheriger Sitz

nach: _____

zukünftiger Sitz

ab dem (tt.mm.jjjj): _____.

Datum

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Unterschriften weiterer erklärender Personen sind auf einem gesonderten Blatt aufzulisten.

Anlage 1: Sprechstunden

Die gemeldeten Sprechstunden werden über die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen veröffentlicht.

Sprechstundenmitteilung für: _____

Titel, Vorname, Name

Mindestsprechstunden

Der Arzt / Psychotherapeut ist nach § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig.

Folgender Mindestsprechstundenumfang ist zu erbringen:

Umfang des Versorgungsauftrages	Sprechstunden
1,0	25,0 h/Woche
0,75	18,75 h/Woche
0,5	12,5 h/Woche
0,25 (nur bei Anstellung)	6,25 h/Woche

Umfang des Versorgungsauftrages:

☐1,0 ☐0,75 ☐ 0,5 ☐ 0,25

	Von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

☐ und nach Vereinbarung

Sprechstunden an weiteren Tätigkeitsorten

(unter der Berücksichtigung des § 17 Abs. 1a S. 5 BMV-Ä)

Betriebsstätte: _____

Anschrift

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Betriebsstätte: _____

Anschrift

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Anrechenbare Sprechzeiten, Besuchszeiten

Besuchszeiten für Haus- und Pflegeheimbesuche sowie termingebundene Untersuchungs- und Behandlungstätigkeiten (z.B. ambulante Operationen) können auf die Mindestsprechstunden angerechnet werden.

Es werden folgende Leistungen erbracht:

☐ Haus- und Pflegeheimbesuche: _____ h/Woche

☐ Ambulante Operationen: _____ h/Woche

☐ weitere termingebundene Behandlungen: _____ h/Woche

Offene Sprechstunden

Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologen, Nervenärzte, Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiater und Urologen sind nach § 17 Abs. 1a i.V.m. Abs. 1c BMV-Ä verpflichtet bei der Tätigkeit mit vollem Versorgungsauftrag mindestens **fünf** offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag sind die Sprechstunden anteilig anzubieten. Schmerztherapeuten, die die Gebührenordnungsposition (GOP) 30702 EBM in einem Quartal abrechnen, müssen in diesem Quartal keine offene Sprechstunde anbieten

Erforderliche Anzahl der offenen Sprechstunden:

Umfang des Versorgungsauftrages	Sprechstunden
1,0	5 h/Woche
0,75	3,75 h/Woche
0,5	2,5 h/Woche
0,25 (nur bei Anstellung)	1,25 h/Woche

☐ Ich bin Schmerztherapeut, der die GOP 30702 EBM abrechnet.

	von	Bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Ausschließlich durch **Psychotherapeuten** anzugeben:

Telefonische Erreichbarkeit bei Richtlinien-Psychotherapie

Die telefonische Erreichbarkeit von **Psychotherapeuten** ist den Kassenärztlichen Vereinbarungen mitzuteilen. Diese Zeiten können nicht auf die Mindestsprechstunden angerechnet werden.

Entsprechend § 1 Abs. 8 Psychotherapie-Richtlinie sind zusätzliche Erreichbarkeitszeiten in folgenden Umfängen zu melden:

Umfang des Versorgungsauftrages	Sprechstunden
1,0	200 Minuten/Woche*
0,75	150 Minuten/Woche*
0,5	100 Minuten/Woche*
0,25 (nur bei Anstellung)	50 Minuten/Woche*

* Mindesteinheit: 25 Minuten

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

☐ Die telefonische Erreichbarkeit wird unter der bereits angegebenen Telefonnummer zum „Tätigkeitsort“ sichergestellt.

☐ Die telefonische Erreichbarkeit wird unter folgender Telefonnummer sichergestellt:

_____/_____

Telefonnummer

Anlage 2: Mitteilung der Bankverbindung

Mitteilung der Bankverbindung eines Geschäftskontos für:

_____

Titel, Vorname, Name

Kontoinhaber: _____

IBAN: _

Kreditinstitut: _____

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift