



Zulassungsausschüsse Sachsen  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

Bitte wählen Sie Ihren  
Zulassungsbezirk aus:

- Chemnitz  
 Dresden  
 Leipzig

E-Mail: [zulassung@kvsachsen.de](mailto:zulassung@kvsachsen.de)

Fax: 0371 2789-4305

**Erklärung**  
**zur Aufnahme der vertragsärztlichen / -psychotherapeutischen Tätigkeit**  
**im Rahmen einer Ermächtigung**

**Erklärender**

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Ggf. Fachgebiets-/ Schwerpunktbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer und/ oder E-Mail-Adresse für Rückfragen

**Ich bin...**

ermächtigter Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut

**und erkläre die verbindliche Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen meiner Ermächtigung**

**zum (tt.mm.jjjj):** \_\_\_\_\_  
Datum

### Tätigkeitsort

Die überwiegende Tätigkeit ist zwingend an beantragten und durch den Zulassungsausschuss genehmigten Ort auszuüben, vgl. § 24 Abs. 1 Ärzte-ZV. Eine **Verlegung** des Tätigkeitsortes Bedarf der **vorherigen Genehmigung** durch den Zulassungsausschuss. Die Tätigkeit kann darüber hinaus an weiteren Tätigkeitsorten ausgeübt werden, solange die Tätigkeit am genehmigten Vertragsarztsitz allen Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegt, § 17 Abs. 1a S. 5 BMV-Ä.

### Die Tätigkeit erfolgt an folgendem Vertragsarztsitz:

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Faxnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Honoraranschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

### Mitteilung der Bankverbindung

Ein **ermächtigter Arzt** kann die Auszahlung des Honorars nicht unmittelbar an sich selbst beanspruchen (vgl. § 120 Abs.1, S. 3 SGB V sowie BSG Urteil 15. Mai 1991 Az.: 6 RKa 25/90). Zahlungen können demzufolge nur an den Träger der Einrichtung direkt erfolgen.

### Mitteilung der Bankverbindung eines Geschäftskontos für:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name/Einrichtung

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte freilassen, wird durch KVS ausgefüllt:	
LANR:	
BSNR:	
NBSNR:	
HNR:	