

Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
 Isaac-Fulda-Allee 2
 55124 Mainz

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis

1. Persönliche Angaben		
Titel Name:		
Vorname(n):		
Abrechnungsnummer:		
Praxisadresse bzw. Standort des MVZ:	Straße, Nr.:	
	PLZ:	Ort:
Anschrift der Zweigpraxis	Straße, Nr.:	
	PLZ:	Ort:
Für die Zweigpraxis:	Telefon:	E-Mail
Aufnahme der Tätigkeit am:		
Die Zweigpraxis wird für folgendes Fachgebiet beantragt:		
<input type="checkbox"/>	Allgemeinzahnarzt	
<input type="checkbox"/>	Kieferorthopädie	
Die Leistungen in der Zweigpraxis werden erbracht durch:		
<input type="checkbox"/>	mich selbst und/oder	
<input type="checkbox"/>	angestellten Zahnarzt	
Sofern die Leistungen in der Zweigpraxis durch einen angestellten Zahnarzt erbracht wird:		
Name, Vorname:		
vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit:		
Die Tätigkeit des angestellten Zahnarztes erfolgt überwiegend an der Zweigpraxis (zwei Drittel der vereinbarten Arbeitszeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Die Tätigkeit des angestellten Zahnarztes erfolgt auch am Vertragszahnarztstz (ein Drittel der vereinbarten Arbeitszeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<p>Nach § 10 Abs. 1 Satz 10 bis Satz 12 Bundesmantelvertrag -Zahnärzte (BMV-Z) darf die Dauer der Tätigkeit eines am Vertragszahnarztstz angestellten Zahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel der vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztstz nicht überschreiten. Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten.</p> <p>Nach § 24 Abs. 3 Satz 4 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) gelten die Regelungen zur Verteilung der</p>		

Tätigkeit zwischen dem Vertragszahnarztsitz und weiteren Orten sowie zu Mindest- und Höchstzeiten bei medizinischen Versorgungszentren nicht für den einzelnen in dem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Zahnarzt.

2. Geplante Sprechzeiten der Zweigpraxis

Montag	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:	von:	bis:
Freitag	von:	bis:	von:	bis:

Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche:

Es besteht bereits eine Zweigpraxis/ Es bestehen bereits mehrere Zweigpraxen:

- ja, _____
(Anzahl)
- nein

Die Entfernung zwischen dem Vertragszahnarztsitz und der Zweigpraxis beträgt ca. _____ km.

Die Räumlichkeiten der Zweigpraxis sind mit dem Rollstuhl erreichbar:

ja
 nein

Die Räumlichkeiten der Zweigpraxis haben einen Fahrstuhl:

ja
 nein

Nach § 24 Abs. 3 Zahnärzte-ZV ist die vertragszahnärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten zulässig, wenn hierdurch:

1. die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert wird und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung an den weiteren Ort aufgewogen werden.

Die Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird sichergestellt durch:

- mich selbst und/oder
- angestellten Zahnarzt/ angestellte Zahnärzte

Nach § 10 Abs. 1 Satz 7 BMV-Z wird die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt.

3. Geplante Sprechzeiten am Vertragszahnarztsitz

Montag	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:	von:	bis:
Freitag	von:	bis:	von:	bis:

Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche:

Eine Verbesserung der Versicherten vor Ort ist anzunehmen, wenn:

- a. In dem betreffenden Planungsbereich eine bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt oder
- b. unabhängig von Versorgungsgrad am Ort der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen angeboten werden, die bisher im Umkreis (bezieht sich u.U. auch auf angrenzende Planungsbereiche) der beabsichtigten Zweigpraxis von keiner anderen Praxis erbracht werden oder
- c. in dem betreffenden Planungsbereich regional bzw. lokal nicht oder nicht im erforderlichen Umfange angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann,

Erläuterungen zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten am Standort der Zweigpraxis:

- b. Verbesserung durch spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:

- c. Ausgleich eines regionalen oder lokalen Versorgungsengpasses:

4. Wichtige Hinweise

Bitte beachten Sie, dass es abhängig von der für den Notdienstbereich, in dem sich die Zweigpraxis befindet, geltenden Notdienstordnung, sein kann, dass der Betreiber der Zweigpraxis zur Teilnahme an Notdienst im Bereich der Haupt- sowie der Zweigpraxis verpflichtet sein kann.

Die Zweigpraxis erhält keine gesonderte Abrechnungsnummer. Soweit kein zusätzlicher Leistungserbringer hinzutritt, wird durch die Genehmigung auch kein zusätzliches Budget zugeteilt.

Die Genehmigung der Zweigpraxis erfolgt durch den Vorstand der KZV RLP. Der Antrag wird dem Vorstand in seiner Vorstandssitzung vorgelegt und kann frühestens einen Tag nach der Sitzung erteilt werden. Eine Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum kann nicht erteilt werden. Bitte informieren Sie sich daher rechtzeitig über die Termine der Vorstandssitzungen.

Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen, die der Erteilung zu Grunde liegen, nicht mehr gegeben sind.

Beendigungen von Zweigpraxen sind der KZV RLP schriftlich mitzuteilen.

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist für die Erfüllung der Aufgaben der KZV Rheinland-Pfalz erforderlich und erfolgt folglich gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:

<https://www.kzvrlp.de/datenschutzerklaerung/>

Ich versichere, dass ich nur Zutreffendes angekreuzt habe und meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, werde ich diese der KZV RLP unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass wissentliche, unrichtige Angaben zum Widerruf der Genehmigung führen können.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift