

An den
Zulassungsausschuss-Zahnärzte
für den Bezirk Nordrhein bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein KdöR
40181 Düsseldorf

Eingangsstempel

Antrag

auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums
zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 95 SGB V

Hinweis: Zur Vermeidung etwaiger Verzögerungen bei der Beschlussfassung über Ihren Antrag wird dringend empfohlen, die vollständigen Antragsunterlagen frühzeitig, d.h. mindestens zwei Monate vor der Ihrerseits avisierten Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

I. Allgemeine Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum:

(Hinweis: Das Wort „Medizinisches Versorgungszentrum“ ist Pflichtbestandteil des Namens und steht am Anfang vor dem Namen oder weiteren Bezeichnungen.)

1. Name des Medizinischen Versorgungszentrums:

2. Anschrift/Betriebsstandort:

3. Telefonnummer/Fax:

4. E-Mail:

II. Zulassung beantragt zum (Datum):

III. Trägergesellschaft des Medizinischen Versorgungszentrums

Die Zulassung des Medizinischen Versorgungszentrums am Standort des Medizinischen Versorgungszentrums wird durch folgende Trägergesellschaft beantragt.

1. Allgemeine Angaben zur Trägergesellschaft

(Der Name der Trägergesellschaft muss die Gesellschaftsform beinhalten. Name, Anschrift und Vertretungsbefugnis der Trägergesellschaft ergeben sich aus dem Gesellschafts- bzw. Partnerschaftsvertrag oder der Satzung und bei

einer Partnerschaftsgesellschaft, einer GmbH oder einer eingetragenen Genossenschaft ergänzend aus dem Registerauszug.)

Name: _____

Kontaktdaten:

Anschrift:

Telefonnummer/Fax:

E-Mail:

Vertretungsberechtigte bzw.

Geschäftsführer:

2. Rechtsform der Trägergesellschaft

(Die gewählte Rechtsform ist durch das Beifügen aller bei der jeweiligen Rechtsform aufgeführten Unterlagen als einfache Kopie nachgewiesen.)

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

Nachweis

Gesellschaftsvertrag nach § 705 BGB

Partnerschaftsgesellschaft (PartG)

Nachweise

Partnerschaftsvertrag gem. § 3 PartGG

aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister gem. § 4 PartGG (nicht älter als 3 Monate)

eingetragene Genossenschaft (eG)

Nachweise

Satzung nach § 5 GenG

aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister gem. § 10 GenG (nicht älter als 3 Monate)

aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

Nachweise

Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbH

aktueller Auszug aus dem Handelsregister gem. § 7 GmbH (nicht älter als 3 Monate)

aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbH aus dem Handelsregister (nicht älter als 3 Monate)

Geschäftsführervertrag/-verträge

Sicherheitsnachweis

- selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V oder
- Sicherheitsleistung nach § 232 BGB

öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)

Nachweise

- Satzung
- sonstige Unterlagen

IV. Gesellschafter der Trägergesellschaft

(Mehrfachnennungen sind möglich. Aufzuführen sind alle Gesellschafter der Trägergesellschaft. Die Gründereigenschaft ist durch das Beifügen aller beim jeweiligen Gründungsberechtigten aufgeführten Unterlagen als einfache Kopie nachgewiesen. Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden.)

1. Vertragszahnärztin(nen)/Vertragszahnarzt/ärzte

1.1 Gründer: Name, Vorname, Titel:

Bisherige Abr.-Nr.:

Kontaktdaten:

Anschrift (Privat)

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Anschrift (dienstl.)

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Die Zulassung des Gründers wird

- aufgegeben und soll durch eine Anstellungsgenehmigung im MVZ ersetzt werden (Antrag auf Genehmigung zur Anstellung und der Verzicht sind separat als Anlage beizufügen).

- aufrechterhalten und in dieses MVZ

- teilweise oder

vollständig
eingebracht werden.

aufrechterhalten und bleibt an dem bisherigen Standort bestehen. Der Gründer wird nicht im MVZ tätig.

Nachweis über die Gründereigenschaft

aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht älter als 3 Monate) –
nicht erforderlich bei Eintragung im Zahnarztregister der KZV Nordrhein

1.2 Gründer: Name, Vorname, Titel:

Bisherige Abr.-Nr.:

Kontaktdaten:

Anschrift (Privat)

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Anschrift (dienstl.)

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Die Zulassung des Gründers wird

aufgegeben und soll durch eine Anstellungsgenehmigung im MVZ ersetzt werden
(Antrag auf Genehmigung zur Anstellung und der Verzicht sind separat als Anlage beizufügen).

aufrechterhalten und in dieses MVZ

teilweise oder
 vollständig
eingebracht werden.

aufrechterhalten und bleibt an dem bisherigen Standort bestehen. Der Gründer wird nicht im MVZ tätig.

Nachweis über die Gründereigenschaft

aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht älter als 3 Monate) –
nicht erforderlich bei Eintragung im Zahnarztregister der KZV Nordrhein

1.3 Gründer: Name, Vorname, Titel:

Bisherige Abr.-Nr.:

Kontaktdaten:

Anschrift (Privat)

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Anschrift (dienstl.)

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Die Zulassung des Gründers wird

aufgegeben und soll durch eine Anstellungsgenehmigung im MVZ ersetzt werden
(Antrag auf Genehmigung zur Anstellung und der Verzicht sind separat als Anlage beizufügen).

aufrechterhalten und in dieses MVZ

teilweise oder
 vollständig
eingebracht werden.

aufrechterhalten und bleibt an dem bisherigen Standort bestehen. Der Gründer wird nicht im MVZ tätig.

Nachweis über die Gründereigenschaft

aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht älter als 3 Monate) –
nicht erforderlich bei Eintragung im Zahnarztregister der KZV Nordrhein

2. Zugelassenes Krankenhaus (KH) nach § 108 SGB V

Name des Krankenhauses:

Anschrift:

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Rechtsform der Trägergesellschaft des KH

Name der Trägergesellschaft des KH

Anschrift der Gesellschaft:

Geschäftsführer(in) der Gesellschaft:

Nachweis über die Gründereigenschaft

- Nachweis über die Anerkennung als Hochschulklinik oder
- Nachweis über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes XY oder
- Versorgungsvertrag i.S.d. § 109 SGB V

und

- Gesellschaftsvertrag der Krankenhausträgergesellschaft
- Auszug aus dem Handelsregister von der Krankenhausträgergesellschaft
- Aktuelle Gesellschafterliste der Krankenhausträgergesellschaft

3. Gemeinnütziger Träger

Name des gemeinnützigen Trägers: _____

Kontaktdaten

Anschrift: _____

Telefon-/Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Rechtsform der Gesellschaft: _____

Name der Gesellschaft: _____

Anschrift der Gesellschaft: _____

Geschäftsführer(in) der Gesellschaft: _____

Nachweise über die Gründereigenschaft

- Bescheid über die Zulassung bzw. Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Versorgung
- Nachweis der Gemeinnützigkeit

4. Kommune

Name der Gemeinde: _____

Anschrift: _____

Telefon-/Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Kontaktdaten des Ansprechpartners

Anschrift: _____

Telefon-/Faxnummer: _____

E-Mail: _____

V. Erklärung zu den Gesellschaftern der Trägergesellschaft

Hiermit erklären wir, alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Trägergesellschaft angegeben zu haben. An der Gesellschaft sind nur solche natürlichen und/oder juristischen Personen beteiligt, die zum Kreis der Gründungsberechtigten nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V gehören und in diesem Antragsformular benannt sind. An der Trägergesellschaft sind keine stillen Gesellschafterinnen und Gesellschafter beteiligt.

Unterschrift aller Gründerinnen und Gründer der Trägergesellschaft (bitte Name in Druckbuchstaben dahinter)

VI. Angaben zu den Zahnärzten, die im Medizinischen Versorgungszentrum tätig werden sollen
(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

Im beantragten MVZ sollen tätig werden:

Vertragszahnärzte

(hierzu bitte den Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung in einem MVZ bzw. Antrag auf Verlegung der Zulassung in das MVZ ausfüllen und beifügen)

1.
Titel, Name, Vorname

- Vollzulassung Teilzulassung

2.
Titel, Name, Vorname

- Vollzulassung Teilzulassung

3.
Titel, Name, Vorname

- Vollzulassung Teilzulassung

angestellte Zahnärzte

(hierzu bitte den Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines(r) angestellten Zahnarztes / Zahnärztin im MVZ ausfüllen)

1.
Titel, Name, Vorname

- ganztags (über 30 Std/Woche) drei Viertel (über 20 bis 30 Std /Woche)
 halbtags (über 10 bis 20 Std/Woche) ein Viertel (bis 10 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt Stunden / Woche.

2.
Titel, Name, Vorname

- ganztags (über 30 Std/Woche) drei Viertel (über 20 bis 30 Std /Woche)
 halbtags (über 10 bis 20 Std/Woche) ein Viertel (bis 10 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt Stunden / Woche.

3.
Titel, Name, Vorname

- ganztags (über 30 Std/Woche) drei Viertel (über 20 bis 30 Std /Woche)
 halbtags (über 10 bis 20 Std/Woche) ein Viertel (bis 10 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt Stunden/Woche.

VII. Zahnärztliche Leitung

(Der zahnärztliche Leiter muss im Medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Zahnarzt oder als Vertragszahnarzt im MVZ mindestens halbtags tätig sein.)

Titel, Name, Vorname: _____

Anschrift (privat): _____

Telefon-/Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Anschrift (dienstl.): _____

Telefon-Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Der zahnärztliche Leiter ist:

zugelassener Vertragszahnarzt im MVZ

angestellter Zahnarzt im MVZ

Die Tätigkeit als zahnärztlicher Leiter wird aufgrund der mit dem MVZ geschlossenen Vereinbarung über die zahnärztliche Leitung im Umfang von Wochenstunden wahrgenommen.

Nachweis über die zahnärztliche Leitung

Vertrag über die zahnärztliche Leitung

sonstiger Nachweis

VIII. Kooperationsform des Medizinischen Versorgungszentrums

Tätigkeit des MVZ in Praxisgemeinschaft mit

IX. weitere Angaben

Der nach diesem Antrag Gründungsberechtigte i.S.d. § 95 Abs. 1a Satz1 und Abs. 1b SGB V betreibt weitere Medizinische Versorgungszentren

ja

nein

Falls ja:

Die Medizinischen Versorgungszentren werden unter folgendem Namen und an folgenden Standorten (bitte die genaue Adresse angeben) betrieben.

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Falls nein:

Tritt das hier beantragte Medizinische Versorgungszentrum mit anderen Medizinischen Versorgungszentren nach außen gemeinschaftlich auf (z.B. gleicher Markenname, gemeinsame Internetseite, gemeinschaftlich genutzter Name)

ja

nein

Die Medizinischen Versorgungszentren werden an folgenden Standorten betrieben:

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Zusammenschluss der Standorte zu einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG):

(Separater Antrag auf Ausübung einer ÜBAG ist beigefügt)

ja

nein

X. Räume / weitere Unterlagen

Das Vorhandensein geeigneter Räume und die Zustimmung des Vermieters zum Betreiben eines Medizinischen Versorgungszentrums in diesen Räumen wird versichert.

Dem Antrag beigelegt ist (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Mietoption oder
- Mietvertrag

und bei gegebener Praxisübernahme

- Praxisübernahmevertrag

- sonstiges

XI. Antragsgebühr nach § 46 Abs. 1b Zahnärzte-ZV

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe b) Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Zulassung eine Verwaltungsgebühr von 100 € erhoben. Die Gebühr wird mit Stellung des Antrages fällig und muss bis zwei Wochen vor dem Sitzungstag eingegangen sein.

Mit unserer Eingangsbestätigung erhalten Sie die Bankverbindung und die entsprechende Kennziffer für Ihre Überweisung, welche Sie bitte unter Verwendungszweck angeben.

Hinweis: Nach rechtskräftiger Zulassung ist gem. § 46 Abs. 2a Zahnärzte-ZV eine Gebühr in Höhe von 400 € fällig.

XII. Erklärung

Als Gesellschafter und nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V zur Gründung des MVZ Berechtigte(r) versichere ich/versichern wir, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Änderungen oder Ergänzungen nach Genehmigung des MVZ werden vom Unterzeichner / von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Mir/uns ist bekannt, dass die Tätigkeit des MVZ auf den unter Abschnitt I genannten Sitz (Ort der Niederlassung/ Betriebsstätte) beschränkt ist. Die zahnärztliche Tätigkeit an einem anderen Ort (Zweigpraxis) bedarf der Genehmigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

Die Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen gegenüber der KZV Nordrhein wird gemäß Vorgabe des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte und weiterer Rechtsvorschriften (u.a. SGB V, Satzung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein) mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software durchgeführt. Die Verwendung der Software habe ich der KZV Nordrhein anzuzeigen. Das Medizinische Versorgungszentrum und die einzelnen Mitglieder werden in den Verzeichnissen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein geführt. Einer Veröffentlichung dieser Angabe im Rheinischen Zahnärzteblatt stimme(n) ich/wir zu.

Ort/Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigte/-r der MVZ-Trägersgesellschaft

Ort/Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigte/-r der MVZ-Trägersgesellschaft

Ort/Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigte/-r der MVZ-Trägersgesellschaft

Selbtschuldnerische Bürgschaftserklärung
i.S.v. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V

der Frau /des Herrn / der Gesellschaft

.....
(Name, Vorname der Bürgin / des Bürgen)

vertreten durch

.....
(Name, Vorname des Vertretungsberechtigten der Gesellschaft)

wohnhaft /ansässig in

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(Anschrift der Bürgin / des Bürgen)

gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Hiermit übernimmt
(Name der Bürgin / des Bürgen)

als Gesellschafter(in) der nachfolgend bezeichneten MVZ-Trägersgesellschaft GmbH

.....
.....
.....
.....
(Name der MVZ-Trägersgesellschaft)

zeitlich unbefristet und unwiderruflich die selbstschuldnerische Bürgschaft für sämtliche Forderungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein

gegen die Trägersgesellschaft des nachfolgend benannten Medizinischen Versorgungszentrums

.....
.....
(Name des MVZ)

aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit unter Verzicht auf die Einrede der Vorausklage gem. §§ 771, 773 Abs. 1 Nr. 1 BGB sowie auf die Einrede der Anfechtbarkeit und Aufrechenbarkeit nach § 770 BGB. Dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des o.g. Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Ferner gilt dies für bedingte oder befristete Forderungen und gesetzliche Ansprüche der KZV Nordrhein, die sie im Zusammenhang mit dem o.g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ bzw. den Träger/die Trägerin des MVZ oder deren Rechtsnachfolger erwerben. Die KZV Nordrhein ist nicht verpflichtet, sich zunächst an andere Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nimmt.

Ort, Datum

Unterschrift der Bürgin / des Bürgen

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung
i.S.v. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V

der Frau /des Herrn / der Gesellschaft

.....
(Name, Vorname der Bürgin / des Bürgen)

vertreten durch

.....
(Name, Vorname des Vertretungsberechtigten der Gesellschaft)

wohnhaft /ansässig in

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(Anschrift der Bürgin / des Bürgen)

gegenüber den Krankenkassen.

Hiermit übernimmt
(Name der Bürgin / des Bürgen)

als Gesellschafter(in) der nachfolgend bezeichneten MVZ-Trägergesellschaft GmbH

.....
.....
.....
(Name der MVZ-Trägergesellschaft)

zeitlich unbefristet und unwiderruflich die selbstschuldnerische Bürgschaft für sämtliche Forderungen der Krankenkassen

gegen die Trägergesellschaft des nachfolgend benannten Medizinischen Versorgungszentrums

.....
.....
(Name des MVZ)

aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit unter Verzicht auf die Einrede der Vorausklage gem. §§ 771, 773 Abs. 1 Nr. 1 BGB sowie auf die Einrede der Anfechtbarkeit und Aufrechenbarkeit nach § 770 BGB. Dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des o.g. Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Ferner gilt dies für bedingte oder befristete Forderungen und gesetzliche Ansprüche der Krankenkassen, die sie im Zusammenhang mit dem o.g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ bzw. den Träger/die Trägerin des MVZ oder deren Rechtsnachfolger erwerben. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, sich zunächst an andere Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der Bürgin / des Bürgen

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter