

Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

gemäß § 95 SGB V

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne
an:

Zuständigkeitsbereich A - K
Tel.: 089 / 7 24 01-511

Zuständigkeitsbereich L - Z
Tel.: 089 / 7 24 01-507

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine differenzierende Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Wichtiger 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 anvisierten Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

1. Allgemeine Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ):

(Hinweis: Der Begriff „Medizinisches Versorgungszentrum“ oder „MVZ“ ist Pflichtbestandteil des Namens.)

1.1 Name des MVZ: _____

1.2 Anschrift/Betriebsstandort: _____

1.3 Telefonnummer/Fax: _____

1.4 E-Mail: _____

2. Zulassung beantragt zum (Datum): _____

3. Gründer des MVZ i. S. v. § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

(bitte eindeutig bezeichnen)

- Vertragszahnarzt: _____
- Vertragsarzt: _____
- Zugelassenes Krankenhaus: _____
- Gemeinnütziger Träger: _____
- Kommune: _____

Hinweis:

Sofern nicht bei der KZVB aktenkundig, bitte **aktuelle Nachweise** beifügen, aus denen sich die Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V zweifelsfrei ergibt (s. u. 5.1 ff.).

4. Träger des MVZ i. S. v. § 95 Abs. 1a Satz 3:

Die Zulassung des MVZ am Standort:

(bitte eindeutig bezeichnen)

erfolgt in Trägerschaft von:

4.1 Allgemeine Angaben zum Träger

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Geschäftsführer: _____

sonstige
Vertretungsberechtigte: _____

4.2 Rechtsform des Trägers

(= Rechtsform des MVZ, § 95 Abs. 1a Satz 3 SGB V)

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

Nachweis:

- Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB

Partnerschaftsgesellschaft (PartG)

Nachweise

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

eingetragene Genossenschaft (eG)

Nachweise

- Satzung nach §§ 5 ff. GenG
- aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)
- aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

Nachweise

- Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG
- aktueller Auszug aus dem Handelsregister (nicht älter als 3 Monate)
- aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbHG (nicht älter als 3 Monate)
- selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung, § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V (Anlage)

öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)

Nachweise

- Ggf. Satzung
- sonstige Nachweise _____

5. Gesellschafter der Trägergesellschaft

(Mehrfachnennungen sind möglich. Aufzuführen sind **alle** Gesellschafter der Trägergesellschaft. Zulässig sind nur Gesellschafter, die dem Kreis der in § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V bezeichneten Gründungsberechtigten angehören. Die Eigenschaft als Gründungsberechtigter i. d. S. ist durch Beifügung aller beim jeweiligen Gesellschaftertyp aufgeführten Unterlagen als einfache Kopie nachzuweisen).

Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden; ebenso bei mehreren Gesellschaftern gleichen Typs.

5.1 Vertragszahnarzt

Titel, Name, Vorname: _____

Anschrift privat: _____

Telefon/Fax privat: _____

E-Mail privat: _____

Anschrift dienstlich: _____

Telefon/Fax dienstlich: _____

E-Mail dienstlich: _____

Der Gesellschafter

- möchte zugunsten einer Anstellung im MVZ auf seine Zulassung verzichten (Verzichtserklärung sowie Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung des Gründers als angestellter Zahnarzt sind dem Antrag als Anlagen beizufügen).

erhält seine Zulassung

- teilweise
 vollständig

aufrecht und bringt diese in das MVZ ein.

(**Hinweis:** In diesem Fall ist ein förmlicher Verlegungsantrag beim Zulassungsausschuss zu stellen.)

- erhält seine Zulassung aufrecht. Sie bleibt an dem bisherigen Standort bestehen. Der Gesellschafter wird **nicht** im MVZ tätig.

Nachweis über die Gründungsbefugnis gem. § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V:

- aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht älter als 3 Monate); nicht erforderlich bei bestehender Eintragung in das Zahnarztregisters der KZV Bayerns

5.2 Vertragsarzt

Titel, Name,
Vorname: _____

Telefon-/Faxnummer
dienstlich: _____

E-Mail dienstlich: _____

Telefon-/Faxnummer
privat: _____

E-Mail privat: _____

Nachweis über die Gründungsbefugnis gem. § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V:

- aktueller Auszug aus dem Arztregister (nicht älter als 3 Monate)

5.3 Zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V

Name des Krankenhauses: _____

Anschrift: _____

Telefon-/Faxnummer: _____

Träger des Krankenhauses: _____

Rechtsform des Krankenhausträgers: _____

Anschrift des Krankenhausträgers: _____

Handlungsbevollmächtigte des
Trägers für Angelegenheiten des
Krankenhauses: _____

Nachweis über die Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

- Nachweis über die Anerkennung als Hochschulklinik
oder
 Nachweis über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes

oder

- Versorgungsvertrag i. S. d. § 109 SGB V
und

- Gesellschaftervertrag der Krankenhausträgergesellschaft
 Handelsregisterauszug der Krankenhausträgergesellschaft
 Nachweise

5.4 Gemeinnütziger Träger

Name des gemeinnützigen Trägers: _____

Kontaktdaten: _____

Anschrift: _____

Telefon-/Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Rechtsform: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Handlungsbefugte des Trägers: _____

Nachweise über die Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

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

5.5 Kommune

Name der Gemeinde: _____

Kontaktdaten: _____

Anschrift: _____

Telefon-/Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner: _____

Kontaktdaten des
Ansprechpartners

Anschrift: _____

Telefon-/Faxnummer: _____

E-Mail: _____

1. / 2. Bürgermeister: _____

sonstiger
Handlungsbevollmächtigte: _____

Nachweise über die Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

- Sonstige

6. Erklärung zu den Gesellschaftern der Trägergesellschaft

Hiermit erklären wir, **alle** 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 Gesellschafter beteiligt.

Namen aller Gründerinnen und Gründer der Trägergesellschaft (in Druckbuchstaben) mit Unterschrift:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. Angaben zu den Zahnärzten, die im MVZ tätig werden sollen

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

Im beantragten MVZ sollen tätig werden:

- Vertragszahnärzte**
(bitte Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung im 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

(bitte Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes im MVZ ausfüllen und beifügen)

1. _____
Titel, Name, Vorname

Beschäftigungsumfang:

- ganztags (über 30 Std./Woche) dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)
- halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche) vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: _____ Std./Woche.

2. _____
Titel, Name, Vorname

Beschäftigungsumfang:

- ganztags (über 30 Std./Woche) dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)
- halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche) vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: _____ Std./Woche.

3. _____
Titel, Name, Vorname

Beschäftigungsumfang:

- ganztags (über 30 Std./Woche) dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)
- halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche) vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: _____ Std./Woche.

4. _____
Titel, Name, Vorname

Beschäftigungsumfang:

- ganztags (über 30 Std./Woche) dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)
- halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche) vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: _____ Std./Woche.

5. _____
Titel, Name, Vorname

Beschäftigungsumfang:

- ganztags (über 30 Std./Woche) dreivierteltags (über 20 bis 30 Std./Woche)
- halbtags (über 10 bis 20 Std./Woche) vierteltags (bis 10 Std./Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt: _____ Std./Woche.

8. Zahnärztliche Leitung

(Der zahnärztliche Leiter muss im MVZ selbst als angestellter Zahnarzt **mindestens halbtags** (20 Stunden/Woche) tätig oder als Vertragszahnarzt im MVZ mindestens hälftig zugelassen sein.)

Titel, Name, Vorname: _____

Telefon-/Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Der zahnärztliche Leiter ist:

- voll
 hälftig

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 ausgeübt.

Nachweis über die zahnärztliche Leitung

- Vertrag über die zahnärztliche Leitung
 ausgefülltes und unterschriebenes Beiblatt gem. Anlage _____

9. Kooperation des MVZ mit anderen Leistungserbringern (Nur auszufüllen, sofern zutreffend!)

Tätigkeit des MVZ in

- Praxismgemeinschaft
 Berufsausübungsgemeinschaft

mit: _____

10. Weitere Angaben

Der Träger betreibt weitere MVZ

ja nein

Falls ja:

Die MVZ werden unter folgenden Namen und an folgenden Standorten (bitte genaue Adresse angeben) betrieben:

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

11. Antragsgebühr nach § 46 Abs. 1 lit. b Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV)

Die Gebühr wird mit Stellung des Antrages fällig und muss bis zwei Wochen vor dem Sitzungstag auf dem genannten Konto eingegangen sein:

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. b ZÄ-ZV in Höhe von **100 Euro** wurde am _____ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Südbayern - bei der **Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG München, IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

Hinweis: Mit Eintritt der Bestandskraft der Zulassung wird nach § 46 Abs. 2 lit. a ZÄ-ZV eine Gebühr in Höhe von 400 Euro fällig.

12. Erklärung

Es wird versichert, 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 für Zahnärzte - Südbayern - bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Es ist bekannt, dass die Tätigkeit des MVZ auf den oben genannten Sitz (Ort der Niederlassung/ Betriebsstätte) beschränkt ist.

Die Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen gegenüber der KZVB wird gem. Vorgabe des Bundesmantelvertrages (BMV-Z) und weiterer Rechtsvorschriften (u.a. SGB V, Satzung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns) mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software durchgeführt.

Das Medizinische Versorgungszentrum und die einzelnen Mitglieder werden in den Verzeichnissen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns geführt.

Ort, Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ
Trägergesellschaft

Ort, Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ
Trägergesellschaft

Ort, Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ
Trägergesellschaft

Ort, Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigter der MVZ
Trägergesellschaft

Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung

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

des Herrn/der Frau: _____
Name des Bürgen/der Bürgin

wohnhaft in: _____
Anschrift des Bürgen/der Bürgin

**gegenüber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, insbesondere der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, und den Krankenkassen:**

Hiermit übernimmt: _____
Name des Bürgen/der Bürgin

**die selbstschuldnerische Bürgschaft für Forderungen der Kassenzahnärztlichen
Vereinigungen, insbesondere der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und der
Krankenkassen**

gegen das **Medizinische Versorgungszentrum:** _____
Name des MVZ

Träger i.S.v. § 95 Abs. 1 SGB V:
(Name der Trägergesellschaft des MVZ i.S.v. § 95 Abs. 1 Satz 6 SGB V)

**aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit unter Verzicht auf die Einrede der
Vorausklage gem. § 771 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.**

Ort, Datum

Unterschrift des Bürgen/der Bürgin

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter