



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Antrag auf Ermächtigung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes im Bereich einer anderen Landes-KV (Zweigpraxisermächtigung)

Folgende Unterlagen sind bei einem Antrag auf Zweigpraxisermächtigung einzureichen:

Checkliste:

- Antrag auf Zweigpraxisermächtigung
Bitte verwenden Sie ausschließlich unser anliegendes Antragsformular
- Auszug aus dem Arztregister
- Wenn die geplanten Zweigpraxisräume sich in einem Krankenhaus befinden, legen Sie Ihren Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus bei
Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie

Für den Antrag auf Ermächtigung wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses gemäß § 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV mit separater Rechnung eine Gebühr in Höhe von 120,00 Euro angefordert. Gemäß § 38 Ärzte-ZV wird über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt.

Bei Rückfragen zu Ihrem Antrag wenden Sie sich bitte an die auf unserer Internetseite für Ihren Zulassungsausschuss benannten Mitarbeiter.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie eine Rücksendung Ihrer Unterlagen wünschen. Die Zulassungsakten werden elektronisch geführt. Eine Rückgabe ist zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich.

Rücksendung

Zum Verbleib

Antrag auf Ermächtigung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes im Bereich einer anderen Landes-KV (Zweigpraxisermächtigung)

Bitte geben Sie im Rahmen des Antragsverfahrens eine E-Mail-Adresse für die zweckgebundene Kommunikation an. Nach Erreichen des Mitgliedsstatus wird diese automatisch in die satzungsgemäße E-Mail-Adresse (KVN-ID) überführt, diese kann anschließend jederzeit über das Mitgliederportal geändert werden.

I. Antragsteller/in

Titel, Vorname, Name:

oder Bezeichnung des MVZ:

für Ärzte: LANR: (= lebenslange Arztnummer)

Vertragsarztsitz: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Wenn der Antragsteller ein MVZ ist, benötigen wir noch folgenden Informationen.

Rechts-/Organisationsform (MVZ)

Angaben zur Trägergesellschaft des MVZ

Name der Trägergesellschaft des

Rechtsträgers des MVZ

Straße, Hausnummer (Trägergesellschaft)

PLZ, Ort (Trägergesellschaft)

Gründer des MVZ

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Gründerstatus:

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

Weitere Gründer können Sie in der Anlage 1 zum Antragsformular angeben.



Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb meines Vertragsarztsitzes an folgendem Zweigpraxisstandort:

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

zum: _____

(Datum)

II. Tätigkeitsumfang in der Zweigpraxis

Der Tätigkeitsumfang in der Zweigpraxis soll folgende Leistungen umfassen:

- das Leistungsspektrum meiner Vertragsarztpraxis
- folgende einzelne Leistungen nach EBM

Leistungen:

Geplante Praxisöffnungszeiten in der Zweigpraxis:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag

An meinem Vertragsarztsitz bestehen weiterhin folgende Sprechstundenzeiten:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

III. Versorgungsverbesserung

Die Ausübung der Zweigpraxis dient der Verbesserung der Versorgung der Versicherten, weil:

Begründung:

Insgesamt ist eine wöchentliche Tätigkeitsdauer von höchstens _____ Stunden am Ort der Ermächtigungszweigpraxis vorgesehen.

Neben mir sollen folgende bei mir mit Genehmigung des Zulassungsausschusses angestellte Ärzte/Psychotherapeuten in der Zweigpraxis tätig sein:

Titel, Vorname, Name: _____

Titel, Vorname, Name: _____

Titel, Vorname, Name: _____

Mir ist bekannt, dass ich im Falle der Erteilung einer Zweigpraxisermächtigung nach den Vorgaben der Bereitschaftsdienstordnung der KVN am Zweigpraxisstandort zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst herangezogen werden kann.

Ort/Datum

Name/Unterschrift

Anlage 1 zum Antrag auf Ermächtigung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes im Bereich einer anderen Landes-KV (Zweigpraxisermächtigung) / weitere Gründer

Gründer Nr.

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Gründerstatus:

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

Gründer Nr.

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Gründerstatus:

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

Gründer Nr.

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Gründerstatus:

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

Gründer Nr.

Titel, Vorname, Name oder Bezeichnung des Gründers:

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz):

PLZ, Ort:

Telefon, Fax:

E-Mail:

Gründerstatus:

LANR (verpflichtend für Vertragsärzte außerhalb Niedersachsens)

Information der betroffenen Person bei der Direkterhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 DS-GVO)

Verantwortlicher:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen – KVN
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Berliner Allee 22
30175 Hannover (Deutschland)

Gesetzlicher Vertreter:

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender,
Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender,
Nicole Löhr, Vorständin.
Tel: 0511 380 – 4800
E-Mail: info@kvn.de

Datenschutzbeauftragter:

Datenschutzbeauftragter der KVN,
Tel: 0511 380 - 4800,
E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvn.de

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben der KVN, wie sie sich vornehmlich aus dem Kap. 4 SGB V ergeben. Dazu gehören gem. § 285 SGB V insbesondere:

- Verarbeitung von Daten zum Führen des Arztregisters,
- Erfüllung des Sicherstellungs- und Vergütungsauftrages der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
- Vergütung von ambulanten Krankenhaus- und belegärztlichen Leistungen sowie
- Durchführung von Wirtschaftlichkeits- (§ 106 bis 106 c SGB V) und Qualitätsprüfungen (135 b).

Daneben werden die personenbezogenen Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan der Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung verarbeitet, hierzu gehören insbesondere Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, Gremienbildung und deren Tätigkeit (z.B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, Widerspruchsausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten, Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren erfolgt eine Verarbeitung der personenbezogenen Daten um zusätzliche, freiwillig nutzbare Dienstleistungen anzubieten. Dazu gehören insbesondere die Dienste, welche über das „KVN-Portal“ zu erreichen sind, z.B. E-Mail-Dienst „Emily“, die Praxisbörse, „Kontakt-24“, die Teilnahme an und Verwaltung von Sonderverträgen, sowie die Nutzung des „KVN-Portals“ selbst.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Zusätzlich erfolgt eine Übermittlung Ihrer Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgrund rechtlicher Pflichten oder vertraglicher Vereinbarungen u.a. für das Bundesarztregister und die Tätigkeit der Terminservicestellen sowie an das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung zur Durchführung von Forschungsvorhaben in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Forschungsergebnisse finden dabei u.a. Eingang in Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Die übermittelten Daten werden dabei frühestmöglich pseudonymisiert.

Im konkreten Einzelfall erfolgt eine Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger und Justizbehörden aufgrund einer Übermittlungsbefugnis gem. dem 2. Kapitel des SGB X, dies kann insbesondere wegen Anfragen von Renten- und Unfallversicherungen sowie Berufsgenossenschaften oder aufgrund von Ermittlungsverfahren sein.

Für die vorgenannten Zwecke werden die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)
- Qualifikationsmerkmale
- Abrechnungsdaten
- Gesundheitsdaten
- Bankdaten
- Steuerdaten

Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die vorgenannten Verarbeitungszwecke erfolgen gem. Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO i.V.m. den oben genannten Vorschriften zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen.

Für die Verarbeitungszwecke, welche - wie oben beschrieben - eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO voraussetzen, werden Sie vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit zur Einwilligung aufgefordert. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO werden dabei erfüllt.

Kategorien von Empfängern:

Andere Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Sozialleistungsträger (Rentenversicherungen, Unfallversicherungen, Sozialämter etc.), Ärztekammern, Psychotherapeutenkammer, Justizbehörden.

Auftragnehmer (Auftragsverarbeiter):

Zentralinstitut für vertragsärztliche Versorgung

Datentransfer in ein Drittland:

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Zusätzliche Informationspflichten:

Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

Die im Zusammenhang mit den oben genannten Verarbeitungstätigkeiten anfallenden Daten werden gelöscht, nachdem die Speicherung für eine rechtmäßige Erfüllung der der KVN obliegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist, oder die Verarbeitung wird eingeschränkt, wenn gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Im Regelfall werden die Daten min. 4 Jahre gem. § 304 SGB V i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB X gespeichert.

Rechte der betroffenen Person:

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 17 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten bzw. an den Ihnen ggf. bekannten Ansprechpartner.

Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel. 0511-120 4500

Fax. 0511-120 4599

Internet: www.lfd.niedersachsen.de

Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten und erbrachten Leistungen ist sowohl gesetzlich (Kapitel IV SGB V, Zulassungsverordnung-Ärzte) als auch vertraglich (Bundesmantelvertrag) vorgeschrieben. Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer ist verpflichtet, diese Daten bereitzustellen. Eine Nichtbereitstellung hätte u.a. zur Folge, dass eine Honorierung der zur Abrechnung gebrachten Leistungen nicht erfolgen könnte.

Hinweis: Weitere Informationen welche Daten - speziell auf unserer Webseite - erhoben und verarbeitet werden erhalten Sie unter der Rubrik „Datenschutz“.