

Zulassungsausschuß für Ärzte/Psychotherapeuten
in Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22

19057 Schwerin

**Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme an der
vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung**

Titel und
Name des Antragstellers _____

Geburtsdatum _____

Fach- und Teilgebietsanerkennung _____

Privatanschrift

Name und Anschrift des Kranken-
hauses bzw. der Dienststelle

**Hiermit beantrage ich meine Ermächtigung zur Durchführung folgender Leistungen und
begründe wie folgt:**

(bitte ggf. die Leistungen nach EBM-Nummern als Anlage präzisieren)

Die Ausübung dieser ambulanten Tätigkeit werde ich im

_____ durchführen
(Bitte Angabe Tätigkeitsort)

Die Ermächtigung setzt grundsätzlich einen Bedarf für die beantragten Leistungen voraus. Zur Beurteilung der Bedarfslage werden vom Zulassungsausschuß erforderliche Stellungnahmen gemäß § 31 Ärzte-ZV eingeholt.

Deshalb erkläre ich mein Einverständnis, daß mein Antrag zur Bedarfsprüfung verwandt wird.

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Im Falle meiner Ermächtigung erkenne ich die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Bestimmungen als für mich verbindlich an.

Ort und Datum

Unterschrift

Zustimmung des Trägers der Einrichtung:
Unterschrift/Stempel/Datum

Dem Antrag auf Ermächtigung beizufügende Unterlagen

- Erklärung nach § 18 Abs. 2 e Ärzte-ZV
- Behördenführungszeugnis im Original (nicht älter als ½ Jahr)
- Nachweis über die Eintragung in ein Arztregister

Für das Ermächtigungsverfahren wird gemäß § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV die Gebühr von 120,- Euro erhoben.

Kontonummer: 0003053393

BLZ: 120 906 40

Bankverbindung:

Deutschen Ärzte und Apothekerbank

Zahlungsgrund: 740001

Die Gebühr wird mit der Antragstellung fällig.

Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 e Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, daß ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es innerhalb der letzten fünf Jahre auch nicht gewesen bin, daß ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und daß bei mir keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenstehen.

Des weiteren erkläre ich, daß gegen mich kein Strafverfahren bzw. Ermittlungsverfahren anhängig ist, daß ich keine Versorgungsrente beziehe und keine Bezüge wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit erhalte

Name, Vorname

Wohnort

Datum

Unterschrift