

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Team Sonographie
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 40501
E-Mail-Adresse: Sono-GWE@KVB.de

Erklärung Apparatgemeinschaft

1. Persönliche Angaben

Erklärender (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt/Therapeut der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, der **Hauptbetriebsstätte**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: **Wohnanschrift**

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Die Mitnutzung der Apparatur erfolgt durch

mich persönlich *oder*

folgenden bei mir bzw. in der BAG /im o. g. MVZ angestellten Vertragsarzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

Weitere Nutzer:

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

2. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Für die Durchführung sonographischer Leistungen stehen mir folgende Geräte zur Verfügung:

Firma, Typ, Baujahr, Gerätenummer


Firma, Typ, Baujahr, Gerätenummer

Firma, Typ, Baujahr, Gerätenummer

Standort der Apparatur (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Betreiber der Apparatur (Name des Arztes oder des Vertretungsberechtigten des MVZ/der BAG)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Betreibers der Apparatur 

Stempel Betreiber

3. Erklärung zum Standort der Apparatur

Wenn die o.a. Apparatur an einem Standort außerhalb des Vertragsarztsitzes/Filiale/Standort einer überörtlichen BAG mitgenutzt wird, handelt es sich um einen **sog. ausgelagerten Praxisraum** (vgl. Hinweise im Anhang). In diesem Fall ist die Erfüllung folgender Voraussetzungen zu bestätigen:

- In den ausgelagerten Praxisräumen findet **kein Erstkontakt mit Patienten** statt. Die Patienten werden in die ausgelagerten Praxisräume bestellt, nachdem der Erstkontakt am Vertragsarztsitz stattgefunden hat.
- Der ausgelagerte Praxisraum liegt **in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz**. Die Entfernung muss für Patienten zumutbar sein. Dies ist dann gewährleistet, wenn die ausgelagerten Praxisräume binnen eines Zeitraums von 30 Min. Fahrtzeit von der Hauptpraxis aus erreichbar sind. Eventuelle Ausnahmen können nur in Einzelfällen ohne Patientenkontakt unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. ausschließlich Laborleistungen) akzeptiert werden.

Entfernung/Fahrzeit zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz:

_____ **Kilometer** _____ **Minuten**

- Das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** (§ 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte) wird erfüllt.

Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erfordert beim Einsatz nichtärztlicher Mitarbeiter zur Durchführung delegierbarer Leistungen die persönliche Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter durch den Arzt. Das setzt voraus, dass der Arzt in der Praxis bzw. am Ort der Leistungserbringung grundsätzlich anwesend ist.

Leistungen die nicht delegierbar sind, werden von mir persönlich oder einem hierfür qualifizierten angestellten Arzt oder genehmigten Assistenten erbracht.

Ich versichere, dass diese Voraussetzungen der persönlichen Leistungserbringung von mir bei der Nutzung der vorgenannten Apparatur erfüllt werden.

Ich (Erklärender und der ggf. beim Erklärenden tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt der Erklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Erklärung.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.


Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Erklärender 

Stempel Erklärender

Bei Anzeige für einen beim Erklärenden tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Erklärenden tätiger Arzt 

Anlage - Wichtige Informationen für Sie zur Antragsstellung

Bitte aufmerksam lesen 

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt, sofern er **spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen** an weiteren Orten **in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz** (ausgelagerte Praxisräume) erbringt, Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. Gerätestandorte im Rahmen einer Apparategemeinschaft sind ebenfalls ausgelagerte Praxisräume in diesem Sinne.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.