

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses für die Investitionskosten im Rahmen der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten** gemäß Anhang 3a der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut bzw. BAG- oder MVZ-Vertretungsberechtigter)

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

Name _____, **Vorname** _____

ggf. Fachgebietsbezeichnung _____

Ich bin in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut

Ich bin für die BAG _____ vertretungsberechtigt.
(Name der BAG)

Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt.
(Name des MVZ)

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

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Planungsbereich _____

2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss für die Investitionskosten im Rahmen der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten gemäß Anhang 3a der Sicherstellungsrichtlinie der KVB.

2.1 Antragstellung durch den zugelassenen Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut

Ich beantrage für die Anstellung des Arztes/Psychotherapeuten

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

Name _____, **Vorname** _____

Fachgebietsbezeichnung _____

Beschäftigungsumfang: _____

(Stunden/Woche)

den finanziellen Zuschuss nach Anhang 3a der Sicherstellungsrichtlinie der KVB zu gewähren.

Die Aufnahme der vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit durch den angestellten Arzt / Psychotherapeuten erfolgt voraussichtlich am:

|_|_|_|_|_|_|_|

(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

Bitte beachten Sie, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit die Auszahlung des Fördergeldes erfolgt. Sollte sich der anvisierte Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

2.2 Antragstellung durch den BAG-/ MVZ-Vertretungsberechtigten

Als Vertretungsberechtigter der o.g. BAG / des o.g. MVZ beantrage ich, dieser / diesem für die Anstellung des Arztes/Psychotherapeuten

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

Name _____, **Vorname** _____

Fachgebietsbezeichnung _____

Beschäftigungsumfang: _____

(Stunden/Woche)

den finanziellen Zuschuss nach Anhang 3a der Sicherstellungsrichtlinie der KVB zu gewähren.

Die Aufnahme der vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit durch den angestellten Arzt / Psychotherapeuten erfolgt voraussichtlich am:

|_|_|_|_|_|_|_|

(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

5. Verpflichtungen / Erklärungen

Ich verpflichte mich:

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in der Sicherstellungsrichtlinie der KVB und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden und bei Nichteinhaltung dieser Anforderung den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen
- den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn der angestellte Arzt / Psychotherapeut die vertragsärztliche / vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in dem förderungsfähigen Planungsbereich nicht entsprechend dem im Anstellungsgenehmigungsbescheid genannten Beschäftigungsumfang mindestens zwei Jahre ausgeübt hat und dabei die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort nicht in besonderem Maße berücksichtigt wurden

Darüber hinaus erkläre ich, dass

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn der angestellte Arzt / Psychotherapeut, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die vertragsärztliche / vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in dem förderungsfähigen Planungsbereich aufgenommen hat
- mir bekannt ist, dass der Anspruch auf die Förderung erlischt, wenn der angestellte Arzt / Psychotherapeut, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die vertragsärztliche / vertragspsychotherapeutische Tätigkeit im Rahmen der genehmigten Anstellung in dem förderfähigen Planungsbereich nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung aufgenommen hat und dass von dieser Frist nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden kann
- ich verpflichtet bin / die BAG bzw. der Träger des MVZ verpflichtet ist, die gewährte finanzielle Zuwendung an die KVB zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nicht zutreffenden Angaben beruht
- mir bekannt ist, dass die KVB einen Rückforderungsanspruch ggf. bereits im Honorarbescheid geltend machen und ggf. durch Aufrechnung mit dem Honoraranspruch realisieren kann
- ich in die Veröffentlichung meiner Praxisdaten in der KVB-Arztsuche eingewilligt habe
- ich jegliche Änderungen, welche sich auf die Förderung auswirken könnten, unverzüglich der KVB mitzuteilen habe.

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags 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 dieses Antrags.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut /
BAG-/MVZ-Vertretungsberechtigter



Stempel Antragsteller

Antrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

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.

Die KVB behält sich vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Fördervoraussetzungen zu klären.

Die vollständige Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.kvb.de/nachwuchs/arzt-in-praxis/finanzielle-foerdermoeglichkeiten/>