

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis**
gemäß Anhang 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds

1. Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller (Vertragsarzt/-psychotherapeut bzw. MVZ-Vertretungsberechtigter)

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

Name _____, Vorname _____

ggf. Fachgebietsbezeichnung: _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut seit/ab: _____
tt.mm.jj

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

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse Telefonnummer

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1.2 Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich, für die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der förderfähigen Arztgruppe in der errichteten Zweigpraxis *oder*

den Antragssteller, aufgrund der Tätigkeit des nachfolgend benannten angestellten Arztes/Psychotherapeuten bzw. Vertragsarztes/-psychotherapeuten der förderfähigen Arztgruppe in der errichteten Zweigpraxis:

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

Name _____, Vorname _____

Fachgebietsbezeichnung _____

2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis gemäß Anhang 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds.

Ich errichte bzw. das o.g. MVZ errichtet eine Zweigpraxis am Standort

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Zweigpraxis

im Planungsbereich _____.

Die Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit in der Zweigpraxis erfolgt voraussichtlich am:

||_|_|_|_|_|_|_|_|.
(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

In der Zweigpraxis wird der unter Ziffer 1.2 aufgeführte angestellte Arzt/Psychotherapeut tätig.

Das Beschäftigungsverhältnis umfasst: _____
(Stunden/Woche)

Die Aufnahme der Tätigkeit des angestellten Arztes/Psychotherapeuten erfolgt voraussichtlich am:

||_|_|_|_|_|_|_|_|.
(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

Bitte beachten Sie, dass der vorliegende vollständige Förderantrag **spätestens nach Ablauf von sechs Monaten** ab Aufnahme der Tätigkeit, für die der Zuschuss beantragt wird, bei der KVB eingegangen sein muss.

Ebenfalls gilt, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit die Auszahlung des Förderzuschusses erfolgt. Sollte sich der anvisierte Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

Ich erkläre, dass

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Zweigpraxis aufgenommen worden ist.
- mir bekannt ist, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, wenn die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Zweigpraxis nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung aufgenommen wurde und dass von dieser Frist nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden kann.
- ich verpflichtet bin bzw. der Träger des MVZ verpflichtet ist, den gewährten finanziellen Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nichtzutreffenden 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.
- mir bekannt ist, dass ich jegliche Änderungen, welche sich auf die Förderung auswirken könnten, unverzüglich der KVB mitzuteilen habe.
- mir bekannt ist, dass ich neben einer Gewährung des hier beantragten Zuschusses nach Anhang 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach den Anhängen 1.7 und 1.12 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe.

Darüber hinaus erkläre ich, dass

- über mein Vermögen bzw. das Vermögen des MVZ kein Insolvenzverfahren eröffnet bzw. kein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt wurde.

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.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) gewährt eine Prämie für die Filialbildung im ländlichen Raum für bestimmte Fachgruppen (vgl. Ziffer 3.1 der Landarztprämienrichtlinie (LAPR)). Die Abwicklung der Landarztprämie erfolgt durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL).

Weitere Voraussetzungen sowie den Antrag auf Gewährung einer Landarztprämie finden Sie unter www.lgl.bayern.de in der Rubrik >> Gesundheit >> Gesundheitsversorgung >> Bayerische Gesundheitsagentur >> Landarztprämie. Eine Doppelförderung durch das StMGP und die KVB ist grundsätzlich möglich. Die Prämienhöhe des StMGP richtet sich in diesem Fall nach der Förderbewilligung der KVB.

Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich beabsichtige eine Förderung im Rahmen des Förderprogramms des StMGP zu beantragen bzw. habe eine solche Förderung bereits beantragt und willige ein, dass die KVB dem LGL zur Bearbeitung des Förderantrags folgende Daten übermittelt:

- LANR
- Vorname und Name
- Geburtsdatum
- Tätigkeitsort und Aufnahmedatum der Zweigpraxis
- Datum des Antragseingangs
- Bewilligung / Nicht-Bewilligung des Förderantrags

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Sollten Sie sich im Falle einer Nichteinwilligung zur Datenweitergabe dennoch beim LGL um eine Förderung bemühen, wird Sie das LGL ggf. zur Übersendung Ihres Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheids auffordern.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut
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 vollständige KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds in der jeweils aktuellen Fassung finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen>