

ZA Zulassungsausschuss für
Ärzte und Psychotherapeuten
Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Antrag auf Ermächtigung einer Einrichtung einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

nach § 118 Absatz 4 SGB V

1. Allgemeine Angaben – Antragsteller (Träger eines zugelassenen Krankenhauses)

<input type="text"/> <i>Träger eines zugelassenen Krankenhauses</i>	
<input type="radio"/> Träger eines psychiatrischen Krankenhauses	
<input type="radio"/> Träger eines Allgemeinkrankenhauses mit einer selbstständigen fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilung mit regionaler Versorgungsverpflichtung	
<input type="text"/> <i>Geschäftsführer</i>	
<input type="text"/> <i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Krankenhauses</i>	
<input type="text"/> <i>E-Mail</i>	<input type="text"/> <i>Telefon</i>

2. Beantragung

Beantragt wird die Ermächtigung einer Einrichtung einer PIA zur Teilnahme an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Gegenstand dieser Ermächtigung ist die Behandlung von Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung auf die Behandlung durch die Außenstelle des Krankenhauses angewiesen sind.

Die Einrichtung befindet sich im Einzugsbereich des Krankenhauses in km Entfernung.

Einrichtung
<input type="text"/> <i>Bezeichnung der Einrichtung</i>
<input type="text"/> <i>ärztlicher Leiter mit psychiatrischem Fachgebiet</i>

Approbation	am <input type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i> durch <input type="text"/>
Med. Promotion	am <input type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i> durch <input type="text"/>
Anerkennung zum Führen einer Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung	am <input type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i> durch <input type="text"/>
	am <input type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i> durch <input type="text"/>
	am <input type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i> durch <input type="text"/>
Liegt bereits eine Arztregistereintragung des ärztlichen Leiters vor?	<input type="radio"/> ja, AR-Stelle <input type="text"/> Falls der ärztliche Leiter bereits im Arztregister (AR) einer KV eingetragen sein sollte, müssen die o.g. Unterlagen dem Antrag nicht mehr beigefügt werden. <input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Die ständige psychiatrische fachärztliche Leitung vor Ort ist während der Öffnungszeiten gewährleistet. <input type="radio"/> Ein multiprofessionelles Team, wie in den Vereinbarungen zu den PIA auf Bundes- und Landesebene, jeweils in § 5 Absatz 1 dieser Vereinbarungen beschrieben, ist vorhanden. <input type="text"/> <i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>E-Mail</i> <i>Telefon</i> Beginn der beabsichtigten Teilnahme an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung <input type="text"/> <i>tt.mm.jjjj</i>	

Der nachfolgende zusätzliche Antrag gilt nur für Psychiatrische Krankenhäuser nach § 118 Abs. 1 SGB V.


Beantragt wird außerdem die Ermächtigung einer Einrichtung einer PIA zur Behandlung von Versicherten, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch die Außenstelle eines Krankenhauses angewiesen sind.

Folgende Fachärzte werden in der Einrichtung Leistungen erbringen: <input type="text"/> <i>Titel, Vorname, Name, Fachgebiet</i> <input type="text"/> <i>Titel, Vorname, Name, Fachgebiet</i> <input type="text"/> <i>Titel, Vorname, Name, Fachgebiet</i>

4. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV in Höhe von 120 Euro zu entrichten. Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gesondert in Rechnung gestellt. Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe von Rechnungsnummer und Verwendungszweck. **Beachten Sie bitte, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

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.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten **Nachweise als Original oder amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beizulegen.

.....
Ort, Datum

..... 
Unterschrift Geschäftsführer

Stempel Antragsteller

Checkliste (Bitte zutreffendes ankreuzen) gekennzeichnet mit 

Urkunden des ärztlichen Leiters über:	beigefügt
• Approbation	<input type="radio"/>
• Med. Promotion	<input type="radio"/>
• Anerkennung zum Führen einer Fachgebietsbezeichnung	<input type="radio"/>
• ggf. Schwerpunkt/- Zusatzbezeichnung	<input type="radio"/>



Einrichtung Ermächtigung – Anhang – Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.