

Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes

An den
Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

per Fax: 0391 627-8544

Antragsteller (Einzelpraxis, BAG, MVZ)

Titel, Vorname, Name:

Praxisanschrift
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort):

Ich/Wir beantragen die Verlegung des Vertragsarztsitzes zur Anschrift:

Praxisanschrift
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort):

Geplanter Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme unter der neuen Anschrift:

Entfernung vom bisherigen zum beantragten Vertragsarztsitz:

§24 Abs. 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

"Der Zulassungsausschuss darf den Antrag eines Vertragsarztsitzes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen."

Diese Regelung gilt für Medizinische Versorgungszentren entsprechend.

Gründe der geplanten Vertragsarztsitzverlegung:

Mit Antragstellung wird gem. § 46 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Gebühr in Höhe von **120-- €** fällig. Bitte zahlen Sie diesen Betrag auf das Konto bei der **Deutschen Apotheker- und Ärztebank Magdeburg**,
IBAN: DE95300606010003105067; BIC: DAAEDEDXXX ein.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel
Antragsteller

Meldebogen „Barrierefreie Praxis“**I. Betriebsstätte** Für jede Betriebsstätte ist ein separater Fragebogen auszufüllen.**Arztpraxis / MVZ** _____

-
- Hauptbetriebsstätte (Ort des Praxissitzes/Niederlassungsort)**

Betriebsstättennummer _____

Anschrift _____

-
- Nebenbetriebsstätte**

Betriebsstättennummer _____

Anschrift _____
_____**II. Praxisräume**

Kreuzen Sie bitte in den folgenden Abschnitten eine Kategorie nur dann an, wenn ausnahmslos alle aufgeführten Anforderungen erfüllt sind!

Meine/Unsere Praxis ist ...

-
- ...
- nicht barrierefrei zugänglich**

-
- ...
- 
- barrierefrei zugänglich**

▪ **Eingang sowie Zugang zu Empfang, Wartezimmer und Behandlungsraum:**

- stufenlos (Türschwellen max. 3 cm hoch, Rampen mit max. 6 % Steigung)
- Abstand zwischen Türen im Windfang mindestens 250 cm
- Klingel in Klinkenhöhe vorhanden

▪ **Türen:**

- mindestens ein Flügel von mindestens 90 cm Breite
- keine schwer öffnenden Türen (z.B. Brandschutztüren)

▪ **Aufzug** (falls vorhanden):

- Türbreite im geöffneten Zustand mindestens 90 cm
- Fahrstuhlkabine mindestens 110 cm breit und 140 cm tief
- kein Lastenaufzug

-
- ...
- 
- bedingt barrierefrei – mit Hilfen - zugänglich**

▪ **Eingang sowie Zugang zu Empfang, Wartezimmer und Behandlungsraum:**

- maximal 1 Stufe, Rampen über 6 % Steigung
- **Türen:** mindestens ein Flügel von mindestens 80 cm Breite
- **Aufzug** (falls vorhanden):
 - Türbreite im geöffneten Zustand mindestens 80 cm
 - Fahrstuhlkabine mindestens 80 cm breit und 120 cm tief

-
- ...
- 
- für gehbehinderte Patienten zugänglich**

- maximal 6 aufeinander folgende Stufen mit Handlauf
- Sitzgelegenheiten in Anmelde- und Wartezonen

III. WC

barrierefreies WC vorhanden

- für Rollstuhlfahrer links und/oder rechts anfahrbar, Bewegungsraum neben WC mindestens 95 cm
- Haltegriffe in ca. 85 cm Höhe, zumindest einer hochklappbar
- Bewegungsfläche vor dem WC mindestens 150 x 150 cm
- Türen öffnen nach außen, Breite mindestens 90 cm
- Notruf vorhanden

bedingt barrierefreies WC vorhanden

- für Rollstuhlfahrer links und/oder rechts anfahrbar
- Bewegungsfläche vor dem WC mindestens 120 x 120 cm
- Türen öffnen nach außen, Breite mindestens 80 cm

IV. Parkplatz

Behindertenparkplatz vorhanden (Breite mindestens 3,50 m, Bordsteine abgesenkt)

Parkplatz vorhanden (mit reservierten Plätzen für Besucher der Praxis)

V. Behindertengerechte apparative Voraussetzungen

vorhanden (z. B. verstellbare Untersuchungsgeräte, -tische bzw. Behandlungsstühle)

VI. Behandlungsrelevante (Fremd-)Sprachen

(bitte aufführen)

.....

VII. Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

Verwendung Ihrer Angaben

Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift, dass Sie damit einverstanden sind, dass wir Ihre vorstehenden Angaben zur Barrierefreiheit Ihrem Eintrag im Arzt- und Psychotherapeutenregister sowie in unserer Arzt- und Psychotherapeutenuche im Internetauftritt unter www.kvsa.de hinzufügen.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung und Ihr FAX an 0391 627 8544

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel