

ANGABEN ZUR AUSFÜLLENDEN PERSON

Name _____

Funktion _____

Telefon _____ e-Mail _____

ANGABEN ZUM MITGLIED

Mitglieds-Nr. (falls zur Hand) _____

Name der Einrichtung _____

Anschrift _____

Wie viel MVZ (=Hauptbetriebsstätten) gehören zum Trägerverbund? _____

Falls es sich in Ihrem Fall um einen Verbund aus mehreren MVZ handelt, beziehen sich alle nachfolgenden Auskünfte

- auf alle MVZ des Verbundes zusammen.
 auf das größte MVZ des Verbundes.
 auf eine andere Bezugsgröße.

Das/Die MVZ umfasste/n zum Stichtag 1. Juli 2023 insgesamt _____ Sitze.

Die Einrichtung ist daher in folgende Beitragsklasse einzuordnen:

- | | | | |
|---|---------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Beitragsklasse A | 1 – 3 Sitze | <input type="checkbox"/> Beitragsklasse E | 22 – 35 Sitze |
| <input type="checkbox"/> Beitragsklasse B | 4 – 6 Sitze | <input type="checkbox"/> Beitragsklasse F | 36 – 60 Sitze |
| <input type="checkbox"/> Beitragsklasse C | 7 – 13 Sitze | <input type="checkbox"/> Beitragsklasse G | 61 – 99 Sitze |
| <input type="checkbox"/> Beitragsklasse D | 14 – 21 Sitze | <input type="checkbox"/> Beitragsklasse H | ab 100 Sitze |

Auf diesen Sitzen waren/sind insgesamt _____ Ärzte/PPs/Zahnärzte tätig.

Das/Die MVZ umfasste/n zum Stichtag _____ Zweigstellen (=Nebenbetriebsstätten).

Gemeint sind im Sinne des §1a BMV-Ärzte alle zulässigen weiteren Tätigkeitsorte, an denen das/die MVZ neben dem Hauptsitz an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.

In welchen KV-Regionen befinden sich Ihre Einrichtungen?

Das/Die MVZ umfasste/n zum Stichtag _____ Arztgruppen.

Welche Facharztgruppen haben Sie in Ihrem MVZ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesie | <input type="checkbox"/> Kinder & Jugend Med. | <input type="checkbox"/> Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> Kinder & Jugend Psych. | <input type="checkbox"/> Physikal. & Rehabili. Med. |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Labormedizin | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde | <input type="checkbox"/> Mund Kiefer Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren | <input type="checkbox"/> Nervenheilkunde | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Hausärztlich | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Strahlenmedizin |
| <input type="checkbox"/> Humangenetik | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Zahnmedizin |

Ergänzen Sie ggf. weitere Fachgruppen:

INFOS TEILEN IM MITGLIEDERNETZWERK:

Gibt es Themen oder Probleme, die Sie in Ihrem Alltag direkt herausfordern und andere Mitglieder ggf. auch interessieren könnten? (z.B. Abrechnung, Fachgruppenspezifika etc.)

Die Beitragsordnung des BMVZ e.V. ist bekannt und wird als verbindlich anerkannt.
Die Auskünfte wurden wahrheitsgemäß erteilt.

Ort/Datum

Unterschrift