

## Gesuch um Erteilung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte dient (Art. 39 KVV)

### 1 Angabe zur Organisation

Betriebsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Trägerschaft/Geschäftsführung: \_\_\_\_\_

Name der verantwortlichen Person: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geschäfts-E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Rechtsform:

AG     GmbH     Einzelunternehmen     andere, welche \_\_\_\_\_

Datum Tätigkeitsaufnahme zulasten der OKP: \_\_\_\_\_

Zulassungsvoraussetzungen	
Alle in der Einrichtung tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine gültige Berufsausübungsbewilligung im Kanton Uri	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung
Sämtliche Leistungserbringer erfüllen die Kriterien von Artikel 38 Abs. 1 lit. a und b KVV, wie auch Art. 37 Absätze 1 und 3 KVG sowie Art. 55a KVG	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung
Sie sind einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft des EPD angeschlossen?	Anbieter:

Das Amt für Gesundheit kann weitere Unterlagen und Angaben verlangen.

4. Bestätigung und Unterschrift

Der/Die Unterzeichnete bestätigt hiermit, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Unterschrift

---

---