Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Medizinische Dienste

▶ **Bewilligungen und Support**

Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.bs.ch/md

Antrag Stellensplitting mit Einverständniserklärung für den Übertrag von OKP-Zulassungen in Fachgebieten mit Obergrenze im Kanton Basel-Stadt

Erläuterung:
In einem Fachgebiet mit Obergrenze kann im Kanton Basel-Stadt eine Ärztin oder ein Arzt zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden, wenn eine bestehende Zulassung zu Lasten der OKP frei wird (z.B. Tätigkeitsaufgabe) oder freie OKP-Zulassungen vorhanden sind (z.B. Nachfolge in einer Praxis oder einem Betrieb oder bei einem freien Wartelistenkontingent).

Zudem können über das sogenannte «Stellensplitting» vorhandene oder nicht genutzte Stellenprozente einer bzw. eines zur OKP-Abrechnung berechtigten Ärztin bzw. Arzt mittels vorliegender Vereinbarung an eine andere Ärztin bzw. einen anderen Arzt innerhalb einer Praxis oder eines Betriebes abgegeben werden.

Dabei darf keine Ausweitung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP entstehen.

Der Antrag für das Stellensplitting ist den Medizinischen Diensten bei Gesuchstellung der Berufsausübungsbewilligung bzw. OKP-Zulassung zuzustellen.

Seite 2 gilt für Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen und Praxen (natürliche Personen) mit eigener ZSR-Nummer.

Seiten 3 und 4 gelten für Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen und Betrieben (juristische Personen) mit einer K-Nummer.

Antrag Stellensplitting: ambulante Einrichtungen und Praxen (natürliche Personen)

Abgabe von OKP Stellenprozenten

Ich bestätige, folgende OKP Stellenprozente abzugeben:

Vorname Ärztin/Arzt

Name Ärztin/Arzt

GLN

Name ambulante Einrichtung/Praxis

Praxisadresse

Betroffenes Fachgebiet mit Obergrenze

Abgabe Pensum % Neues Pensum max. %

Abgabedatum Pensum per

Ort und Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Übernahme von OKP Stellenprozenten

Ich bestätige, folgende OKP Stellenprozente der obengenannten Ärztin bzw. des obengenannten Arztes zu übernehmen:

Vorname Ärztin/Arzt

Name Ärztin/Arzt

GLN

Name ambulante Einrichtung/Praxis

Praxisadresse

Betroffenes Fachgebiet mit Obergrenze

Übernahme Pensum % Neues Pensum max. %

Übernahmedatum Pensum per

Ort und Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Antrag Stellensplitting: ambulante Einrichtungen und Betriebe (juristische Personen)

Abgabe von OKP Stellenprozenten

Name ambulante Einrichtung/Betrieb

Adresse Niederlassung

Vorname Ärztin/Arzt

Name Ärztin/Arzt

GLN

Betroffenes Fachgebiet mit Obergrenze

Abgabe Pensum % Neues Pensum max. %

Abgabedatum Pensum per

Ort und Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Übernahme von OKP Stellenprozenten

Name ambulante Einrichtung/Betrieb

Adresse Niederlassung

Vorname Ärztin/Arzt

Name Ärztin/Arzt

GLN

Betroffenes Fachgebiet mit Obergrenze

Übernahme Pensum % Neues Pensum max. %

Übernahmedatum Pensum per

Ort und Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Ambulante Einrichtung/Betrieb

Der Betrieb bestätigt, OKP Stellenprozente wie vorgenannt aufzuteilen:

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift

Formular » Drucken

» Zurücksetzen