



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

## Antrag auf Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte eines Anästhesisten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Nebenbetriebsstätte ab:** \_\_\_\_\_

### Zur Bearbeitung des Antrages werden folgende Angaben notwendig:

Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in einer Vertragszahnarztpraxis oder in einer Vertragsarztpraxis durchgeführt werden?

Vertragszahnarztpraxis                       Vertragsarztpraxis

Wo werden **anästhesiologische Tätigkeiten** im vertragszahnärztlichen bzw. vertragsärztlichen Bereich durchgeführt bzw. beantragt:

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

Wo werden **schmerztherapeutische Behandlungen** durchgeführt bzw. beantragt:

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

Nebenbetriebsstätten in einem **anderen Bundesland**, in dem **anästhesiologische Tätigkeiten** durchgeführt werden:

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

Nebenbetriebsstätten in einem **anderen Bundesland**, in dem **schmerztherapeutische Tätigkeiten** durchgeführt werden:

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

**Erklärung über die Versorgung am Vertragsarztsitz (Hauptpraxis):**

Hiermit erkläre ich, dass durch die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in der/den beantragten Nebenbetriebsstätte/n die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers**

\_\_\_\_\_  
**Im Falle der Anstellung:  
Stempel / Unterschrift Ärztl. Leiter der  
Einrichtung/MVZ  
bzw. Stempel / Unterschrift des  
Praxisinhabers**