



Kassennärztliche Vereinigung Brandenburg
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Durchführung einer Zweigpraxis in:

.....
PLZ Gemeinde (evtl. Ortsteil)

.....
Straße/Hausnummer

.....
Telefon

Zweigpraxis ab

1. Angaben zu Sprechzeiten:

(Angaben beziehen sich ausschließlich auf den Arzt der in der Zweigpraxis tätig werden soll)

am Vertragsarztsitz (Hauptpraxis)

	Mo	Die	Mi	Do	Fr	Sa
vormittags						
nachmittags						

in der Zweigpraxis

	Mo	Die	Mi	Do	Fr	Sa
vormittags						
nachmittags						

2. In der Zweigpraxis sollen folgende durch den Brandenburgischen Zulassungsausschuss für Ärzte genehmigte angestellte Ärzte meiner Praxis tätig werden:

.....
.....
.....
.....

3. Es bestehen folgende dringende Gründe für die Genehmigung der Zweigpraxis:

.....
.....
.....
.....

Zur Bearbeitung des Antrages werden folgende Angaben notwendig:

1. Wie viel Kilometer (Luftlinie) liegen zw. dem Hauptpraxissitz und der beantragen Zweigpraxis?

..... Km

2. Bestehen verkehrstechnische Anbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs von der Zweigpraxis zum nächsten Vertragsarztsitz?

keine öffentl. Verkehrsmittel Bus Bahn

3. Inwieweit ist die o.g. Verbindung ausgebaut?

Verkehrt stündlich	Verkehrt in Zeitabständen von	Verkehrt nur an folgenden Wochentagen (z.B. Schulbus)

4. Einwohnerzahl der Ortschaft (Zweigpraxis) ?

..... Einwohnerzahl

..... Anteil der Einwohner über 60 Jahre (soweit bekannt)

5. Sind im Zweigpraxisort Vertragsärzte zugelassen?

nein

ja Welche Fachrichtung ?

.....

6. Werden am Zweigpraxisort anzeige- und genehmigungspflichtige Leistungen durchgeführt?

nein

ja Welche ?

.....

7. Erklärung über die Versorgung am Vertragsarztsitz (Hauptpraxis):

Hiermit erkläre(n) ich/wir, dass durch die Aufnahme der beantragten Zweigpraxis die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird und die Räumlichkeiten und die Ausstattung in der Zweigpraxis den jeweiligen fachspezifischen Anforderungen entsprechen.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie mich bzw. uns unter folgender E-Mail-Adresse

.....kontaktieren.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift des Antragstellers