



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis

Erstantrag:

Änderung:

1. Name des Antragstellers:

_____ (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)

Betriebsstättennummer/: _____

Nebenbetriebsstättennummer _____

	Hauptbetriebsstätte	Zweigpraxis
PLZ/ Ort	_____	_____
Straße/ Hausnr.	_____	_____
E-Mail	_____	_____

2. Datum der geplanten Aufnahme der Tätigkeit in der Zweigpraxis: _____

Zur Bearbeitung benötigte Angabe:

3. Entfernung zwischen Hauptpraxis und der beantragten Zweigpraxis? _____ km

4. Werden am geplanten Zweigpraxisort anzeige- und genehmigungspflichtige Leistungen durchgeführt?

Nein

Ja, welche: _____

Hinweis: Für jede genehmigungspflichtige Leistung am Standort der Zweigpraxis ist eine vorherige Genehmigung dieser Leistung durch die Abteilung Qualitätssicherung für jeden tätigen Arzt notwendig. Der Antrag ist separat zu stellen.

5. Wer soll in der Praxis tätig werden?

	Arzt 1	Arzt 2	Arzt 3
Name			
LANR			
Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt			
Angestellt oder zugelassen?			
Anstellung/ Zulassung schon beim ZA beantragt?			

6. Angaben zu Sprechzeiten:

Bitte füllen Sie die Tabelle unter Anlage 1 für jeden Arzt aus, der in der Zweigpraxis tätig werden soll.

Beachten Sie bitte auch die Sprechzeitenbedingungen im Statut über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg (Sicherstellungsstatut).

7. Gründe für die Genehmigung der Zweigpraxis:

Eine bestehende Vertragsarztpraxis soll als Zweigpraxis fortgeführt werden.

Es sollen Leistungen angeboten werden,

die bisher nicht angeboten werden

die bisher nicht in ausreichender Menge angeboten werden (lange Wartezeiten)

Sonstige Gründe: _____

Hiermit erklären 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.

Praxisstempel

..... Datum Unterschrift des Antragstellers Unterschrift des ärztl. Leiters

Anlage 1

Die Angaben beziehen sich ausschließlich jeweils auf den Arzt, der in der Zweigpraxis tätig werden soll. Bei Tätigkeit mehrerer Ärzte in der Zweigpraxis, bitte für jeden Arzt einzeln die Sprechzeiten angeben.

Name : _____

Sprechstunden nach Genehmigung am Vertragsarztsitz (Hauptpraxis): einschließlich Hausbesuche und OP-Zeiten

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Vormittags						
Nachmittags						

Sprechstunden in der geplanten Zweigpraxis:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Vormittags						
Nachmittags						

Name: _____

Sprechstunden nach Genehmigung am Vertragsarztsitz (Hauptpraxis): einschließlich Hausbesuche und OP-Zeiten

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Vormittags						
Nachmittags						

Sprechstunden in der geplanten Zweigpraxis:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Vormittags						
Nachmittags						
