



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**