



Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung**

**ANZEIGE
Ausgelagerte Praxisräume**

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ bei: _____

II. Ausgelagerte Praxisräume (genaue Bezeichnung)

1. Name/Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Entfernung zur eigenen Praxis: km Fahrzeit

Leistungsspektrum:

.....

.....

2. Name/Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Entfernung zur eigenen Praxis: km Fahrzeit

Leistungsspektrum:

.....

.....

III. Erklärung/Verpflichtung

Hiermit erkläre ich, dass die Räumlichkeiten und die Ausstattung in den ausgelagerten Praxisräumen den jeweiligen fachspezifischen Anforderungen entsprechen.

Ferner erkläre ich, dass der Erstkontakt mit dem Patienten am Vertragsarztsitz erfolgt.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Äztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die vertragsärztliche Tätigkeit in den angezeigten ausgelagerten Praxisräumen kann untersagt werden, wenn die Voraussetzungen gem. § 24 Abs. 5 der Zulassungsverordnung für Ärzte nicht vorliegen.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de