

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Sicherstellung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

A N T R A G auf Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird.

1. Angaben zum Antragsteller

Name des Vertragsarztes/MVZ:

Anschrift:
(Straße, Hausnummer, Ort)

.....

2. allgemeine Angaben zur Nebenbetriebsstätte

Leistungserbringer:
(Name, Vorname)

Fachgebiet:

Straße:

Ort:

geplanter Eröffnungszeitpunkt:

Beantragt wird: Zweigpraxis - weiter mit Punkt 2.1

Filiale - weiter mit Punkt 2.2

2.1 Leistungsumfang in der Zweigpraxis

bis 10 Wochenstunden

10 bis 20 Wochenstunden

2.2 Leistungsumfang in der Filiale

- bis 10 Wochenstunden
- 10 bis 20 Wochenstunden
- 20 bis 30 Wochenstunden
- über 30 Wochenstunden

Antrag beim Zulassungsausschuss für Ärzte in Thüringen auf Anstellung des Arztes gestellt:

- ja
- nein

2.3 Sprechstunden in der Nebenbetriebsstätte

Tag	Vormittag	Nachmittag
Montag:		
Dienstag:		
Mittwoch:		
Donnerstag:		
Freitag:		
Samstag:		

2.4 kurze Begründung, wie die Versorgung der Versicherten in der Nebenbetriebsstätte verbessert wird

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.5 Leistungsspektrum in der Nebenbetriebsstätte

- gesamtes Leistungsspektrum
 - spezielle ärztliche Leistungen
(Gebührenordnungspositionen)
-

3. Tätigkeit an weiteren Standorten

Sind Sie/der Leistungserbringer zusätzlich an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes tätig?

ja nein

wenn ja, in der Nebenbetriebsstätte Nummer:,

.....,,

4. Angaben zur Hauptpraxis - nur auszufüllen bei Beantragung einer Zweigpraxis

4.1 Sprechstunden in der Hauptbetriebsstätte

Tag	Vormittag	Nachmittag
Montag:		
Dienstag:		
Mittwoch:		
Donnerstag:		
Freitag:		
Samstag:		

4.2 Vorkehrungen für die Versorgungspräsenz in der Hauptpraxis (z. B. tel. Erreichbarkeit)

.....

Mir ist bekannt, dass ich genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen nach § 135 SGB V (Röntgen, Sonografie, Psychosomatik etc.) nur erbringen kann, wenn die Voraussetzungen durch mich nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde. Eine Aufstellung aller genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen finden Sie unter www.kvt.de - Beratungsservice A-Z - Genehmigungspflichtige und zugangsbeschränkte Leistungen.

Mir ist bekannt, dass bei der Leistungserbringung in einer Zweigpraxis oder Filiale in einem anderen Notdienstbereich als am Hauptsitz eine zusätzliche Teilnahme am Notdienst erforderlich wird.
--

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Vertragsarztes/ärztlichen Leiters/
Geschäftsführer