BSNR:

LANR:

kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Bitte senden Sie die Seiten 1 bis 3 an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Ärztliche Organisation
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

oder per E-Mail: arztregister@kvt.de

Erklärung zur Tätigkeitsaufnahme - Ärzte

Sämtliche Angaben in diesen Formularen sind gemäß § 19 und 33 Ärzte-ZV sowie der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen über die Abhaltung von Sprechstunden erforderlich.

Titel: Name: Vorname:

Privatanschrift:

Straße und Nummer

PLZ Ort/Ortsteil

Telefon Fax Handynummer

E-Mail (Bitte in Druckbuchstaben)

Praxisanschrift:

Straße und Nummer

PLZ Ort/Ortsteil

Telefon Fax Handynummer

E-Mail

Tag der Tätigkeitsaufnahme:

Bitte beachten Sie, dass die Erklärung zur Tätigkeitsaufnahme der KV Thüringen unverzüglich, spätestens jedoch vor der ersten Leistungserbringung vorliegen muss. Andernfalls können die abgerechneten Leistungen nicht vergütet werden.

Sprechstunden

Bitte beachten Sie hier die Vorgaben der Sprechstunden-Richtlinie der KV Thüringen. Mindestens 25 Stunden pro Woche, verteilt auf Montag bis Freitag mit einer Nachmittagssprechstunde ab 15.00 Uhr. Bei reduzierten Versorgungsaufträgen sind entsprechend angepasste Sprechstunden anzugeben. Bitte beachten Sie hierzu den Beratungsleitfaden unter www.kvt.de – Themen von A-Z/Sprechstunden.

Wochentag	**Sprechstunden**				**Offene Sprechstunden***		**Hausbesuchs- u. Wegezeiten****	
	vormittags		**nachmittags**					
	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
Montag								
Dienstag								
Mittwoch								
Donnerstag								
Freitag								
Samstag								

* **Offene Sprechstunden – diese werden auf die Gesamtsprechstunden angerechnet**
Mindestens 5 Stunden pro Woche, die von Ärzten folgender Fachgebiete gemeldet werden müssen: **Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO-Heilkunde, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie.** Bei reduzierten Versorgungsaufträgen sind entsprechend reduzierte offene Sprechstunden anzugeben.

** **Hausbesuchs- und Wegezeiten – diese werden auf die Gesamtsprechstunden angerechnet**
Angabe einer pauschalen Stundenzahl pro Woche ausreichend, welche auf die Gesamtsprechstunden angerechnet werden. Ausgenommen von der Regelung sind Radiologen, Pathologen, Laborärzte, Transfusions- und Nuklearmediziner.

Ausfüllhilfe – bitte bei reduzierten Versorgungsaufträgen beachten!

Versorgungsauftrag	**Sprechstunden pro Woche**	**Verteilung**	**Nachmittagssprech-stunde ab 15.00 Uhr**	**Offene Sprechstunden**
1,0	25	Mo. – Fr.	ja	5
0,75	18,75	3 Tage/Woche	ja	3,75
0,5	12,5	2 Tage/Woche	ja	2,5
0,25	6,25	ohne Vorgabe	ja	1,25

wichtiger Hinweis:
Wir weisen darauf hin, dass die KV Thüringen verpflichtet ist, die Sprechstunden und offenen Sprechstunden auf der Homepage der KV Thüringen unter der Arztsuche zu veröffentlichen (§ 75 Abs. 1a SGB V).

Ich versichere, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen und die Erklärung zur Tätigkeitsaufnahme mit den Sprechstunden an die **Landesärztekammer Thüringen,** den **zuständigen Amtsarzt,** den **KV-Regionalstellenvertreter** sowie den zuständigen **Obmann für den Bereitschaftsdienst** gegeben werden.
Den jeweiligen KV-Regionalstellenvertreter finden Sie unter: https://www.kv-thueringen.de/ueber-uns/regionalstellen
Den jeweiligen Bereitschaftsdienst-Obmann finden Sie unter: https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/bereitschaftsdienst/obmaenner

Ort, Datum

Unterschrift

Einzelpraxis:

Ich bitte darum, jeglichen Schriftverkehr der KV Thüringen an

○ die Praxisanschrift oder ○ die Privatanschrift

zu schicken.

Ort, Datum	Unterschrift

Praxisgemeinschaft:

Für die Anzeige einer Praxisgemeinschaft können Sie unser Formular nutzen, abrufbar über:
https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/themen-a-z/p/praxisgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaften:

Bis auf Widerruf bestimmen wir als Ansprechpartner für unsere Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber der KV Thüringen Herrn/Frau

Titel, Name, Vorname: _____

Wir bitten darum, jeglichen Schriftverkehr der KV Thüringen an die genannte Kollegin/den genannten Kollegen zu schicken, und zwar

○ die Praxisanschrift oder ○ die Privatanschrift

Hinweis:

Die Unterlagen der Berufsausübungsgemeinschaft (z. B. Honorarbescheide) werden auch nach der Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft an den angegebenen Ansprechpartner weitergeleitet.

Unterschrift durch alle Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, bitte auch Bestätigung durch den jeweiligen Vertragsarztstempel

_____

Ort, Datum

Unterschrift	Unterschrift
Unterschrift	Unterschrift

Bitte senden Sie diese Seite postalisch im Original an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Buchhaltung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Bankverbindung für Zahlungsverkehr zur Weitergabe an die Buchhaltung

Betriebsstättennummer:

Titel, Name, Vorname:

bzw.
Berufsausübungsgemeinschaft:

Für alle Zahlungen der KV Thüringen, insbesondere Honorarzahlungen für die ärztliche Tätigkeit, wird folgende Bankverbindung angegeben:

IBAN:

beim Geldinstitut:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Hinweis: Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist die vorgenannte Bankverbindung durch alle Partner zu unterschreiben.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Unterschrift und Stempel

Unterschrift und Stempel

Unterschrift und Stempel