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 Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung gem. § 24 Abs. 3 Ärzte ZV

Sämtliche Angaben in diesen Formularen sind gemäß § 24 Abs. 3 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 (Bitte in Druckbuchstaben)

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

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**

**** Hausbesuchs- und Wegezeiten – diese werden auf die Gesamtsprechstunden angerechnet**

Versorgungsauftrag	Sprechstunden pro Woche	Verteilung	Nachmittagssprechstunde 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 Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit mit den Sprechstunden an die **Landesärztekammer Thüringen,** den **zuständigen Amtsarzt** und den **KV-Regionalstellenvertreter** 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

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:	
Praxisanschrift:	

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

IBAN:	
beim Geldinstitut:	
BIC:	
Kontoinhaber:	

Ich bitte darum, jeglichen Schriftverkehr der KV Thüringen an

○ die Praxisanschrift oder ○ die Privatanschrift

oder

○ folgende Anschrift

zu schicken.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ Geschäftsführer

Stempel