

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Bezirksdirektion Freiburg Sachgebiet Sicherstellung Sundgauallee 27 79114 Freiburg

Absender/Stempel

Team Sicherstellungsverfahren/Zweigpraxis | <u>zweigpraxis@kvbawue.de</u> | Telefon 0711 7875-3300

Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV

1. Angaben des Antragstellers

Name des MVZ
Name des Ärztlichen Leiters des MVZ
Hauptbetriebsstätte (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
BSNR
Für welche Fachrichtungen wird die Zweigpraxis beantragt?
E-Mail
2. Angaben zur Versorgungspräsenz an der Hauptbetriebsstätte
Welche Fachrichtungen sind im MVZ vertreten?

Momentane Sprechzeiten in der Hauptbetriebsstätte (je Arzt und Fachrichtung – ggf. separates Blatt beifügen):

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Ändern sich die Sprech	nzeiten an der Hauptbe	etriebsstätte nach Inbe	triebnahme der Zweig	praxis?
	aufgeführten Umfang:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	r
Zukünftige Sprechzeiten in der Hauptbetriebsstätte (je Arzt und Fachrichtung – ggf. separates Blatt beifügen):				
	von	bis	von	bis
Montag				
D				
Dienstag				
Dienstag Mittwoch				
Mittwoch				
Mittwoch				
Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag	thetriebsstätte Wartea	reiten für die in der 7v	veignravis heantragten	Leistungen?
Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Bestehen an der Haup	tbetriebsstätte Wartez	zeiten für die in der Zv	veigpraxis beantragten	Leistungen?
Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag	tbetriebsstätte Wartez	zeiten für die in der Zv	veigpraxis beantragten	Leistungen?
Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Bestehen an der Haup		zeiten für die in der Zv	veigpraxis beantragten	Leistungen?
Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Bestehen an der Haup		zeiten für die in der Zv	veigpraxis beantragten	Leistungen?
Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Bestehen an der Haup O ja O nein Wenn ja, wie lange ist	die Wartezeit?	zeiten für die in der Zv	veigpraxis beantragten	Leistungen?

3. Angaben zum Leistungsangebot und der Leistungserbringung in der Zweigpraxis

Welche Leistungen nach EBM beabsichtigen Sie in der Zweigpraxis zu erbringen? (Die Aufschlüsselung der einzelnen Leistungen wird v. a. im fachärztlichen und im psychotherapeutischen Bereich benötigt.)

Text	EBM-Gebührennummern
Welche Ärzte sollen in der geplanten Zweigpraxis einge	esetzt werden?
Name	Vorname

Welche Sprechzeiten werden in der Zweigpraxis angeboten? (ggf. separates Blatt beifügen)

Sprechzeiten in der Zweigpraxis pro Vertragsarzt:

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

	<u>.</u>	
Straße/Hausnummer		
PLZ	Ort	
Telefon (falls bereits vorhande	n)	
Fax (falls bereits vorhanden)		
E-Mail (falls bereits vorhanden)		
Zeitpunkt der Tätigk	eitsaufnahme in der Zweig	praxis:
TTMMJJJJ		
	e die Bearbeitungszeit des Antı	rages.)
Die Tätigkeit in der Z gung der KVBW vorl		erfolgen, wenn Ihnen die schriftliche Genehmi-
Zusätzliche Angaben* –	z.B. Weshalb verbessert die Z	weigpraxis die Versorgung?
* Die Angaben können g	gerne auf einem separaten Blatt	dargelegt werden.
Ort/Datum		Stempel/Unterschrift

Der Antrag ist vom berechtigten Geschäftsführer oder dem Ärztlichen Leiter des MVZ zu unterschreiben. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und leserlich aus.

Bitte beachten Sie, dass Abrechnungsgenehmigungen für qualitätsgesicherte Leistungen oftmals an den Ort gebunden sind. Je nach Genehmigungsart sind für Ihre Zweigpraxis neue Anträge bzw. Gerätenachweise erforderlich. Anträge, Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen

Anschrift der geplanten Zweigpraxis: