

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

Absender/Stempel

Team Sicherstellung/Zweigpraxis | Telefon 0761 884-4272 | Fax 0761 884-483867 | zweigpraxis@kvbawue.de

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 Sprechzeiten an der Hauptbetriebsstätte nach Inbetriebnahme der Zweigpraxis?

Ja, im nachfolgend aufgeführten Umfang: Nein

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

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Bestehen an der Hauptbetriebsstätte Wartezeiten für die in der Zweigpraxis beantragten Leistungen?

Ja Nein

Wenn ja, wie lange ist die Wartezeit?

Tage / Wochen / Monate

Verfügt das MVZ über freie Kapazitäten?

Ja Nein

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 eingesetzt werden?

Name, Vorname

Name, Vorname

Name, Vorname

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				

Anschrift der geplanten Zweigpraxis:

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon (falls bereits vorhanden)

Fax (falls bereits vorhanden)

E-Mail (falls bereits vorhanden)

Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis:

(Bitte berücksichtigen Sie die Bearbeitungszeit des Antrages.)

Die Tätigkeit in der Zweigpraxis kann erst dann erfolgen, wenn Ihnen die schriftliche Genehmigung der KVBW vorliegt.

Zusätzliche Angaben* – z. B. Weshalb verbessert die Zweigpraxis die Versorgung?

* Die Angaben können 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/