Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

Absender/Stempel

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

Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis

gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV

1. Angaben zu dem/den Antragsteller(n)

Name _____ Vorname _____

Facharztbezeichnung/Schwerpunktbezeichnung _____

Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Vertragsarztsitz (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____

E-Mail _____

Nehmen Sie an der selektivvertraglichen Versorgung teil?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, um wie viele Patienten pro Quartal handelt es sich?

_____

2. Angaben zur Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz

Welche Vorkehrungen wurden für die Sicherung der Versorgungspflicht am Vertragsarztsitz getroffen?

_____

_____

Ändert sich das Leistungsspektrum am Vertragsarztsitz nach Inbetriebnahme der Zweigpraxis?

Angaben der wöchentlichen Sprechzeiten am Vertragsarztsitz (im Falle einer Berufsausübungsgemeinschaft benötigt die KV die Angaben pro Vertragsarzt – ggf. separates Blatt beifügen).

Bitte beachten Sie, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegt und am Vertragsarztsitz die gemäß § 17 Abs. 1a BMV-Ä geforderten Mindestsprechzeiten angeboten werden.

Momentane Sprechzeiten pro Vertragsarzt:

	von	**bis**	**von**	**bis**
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Ändern sich die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz nach Inbetriebnahme der Zweigpraxis?

○ Ja, im nachfolgend aufgeführten Umfang: ○ Nein

Zukünftige Sprechzeiten pro Vertragsarzt:

	von	**bis**	**von**	**bis**
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Bestehen an Ihrem Vertragsarztsitz Wartezeiten für die in der Zweigpraxis beantragten Leistungen?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, wie lange ist die Wartezeit?

_____
Tage / Wochen / Monate

Verfügt Ihre Praxis 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 Sprechzeiten werden in der Zweigpraxis angeboten? (Im Falle einer Berufsausübungsgemeinschaft benötigt die KV die Angaben pro Vertragsarzt – ggf. separates Blatt beifügen)

Sprechzeiten in der Zweigpraxis pro Vertragsarzt:

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Welche Ärzte sollen in der geplanten Zweigpraxis eingesetzt werden?

Befinden sich die Räume der Zweigpraxis in einer Vertragsarztpraxis, einem MVZ oder einem Krankenhaus?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, bitte den Namen angeben:

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	Vertragsarztstempel/Unterschrift

Der Antrag ist von allen Antragstellern zu unterschreiben. Bei angestellten Ärzten ist der Antrag von dem oder den Ansteller(n) zu unterzeichnen. 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/*