

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf**

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:

KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de

Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden Zweigpraxis gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV

Antragsteller / Antragstellerin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

ab _____

Anschrift der Zweigpraxis:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Sprechzeiten der Zweigpraxis: _____

Entfernung der geplanten Zweigpraxis zum Vertragsarztsitz:

_____ km, erreichbar in _____ Minuten

1. Wollen Sie in der Zweigpraxis selbst tätig werden? Ja Nein

2. Soll ein/e angestellte/r Arzt/Ärztin in der Zweigpraxis tätig werden? Ja Nein

Falls ja:

Name: _____

Fachgruppe: _____

Ist die Anstellung des/der angestellten/r Arztes/Ärztin durch den Zulassungsausschuss genehmigt worden?

Ja Nein

3. Soll die Zweigpraxistätigkeit in Praxisräumen eines bzw. mehrerer zugelassener Kollegen erfolgen?

Ja Nein

Für den Fall, dass die Zweigpraxistätigkeit in der Praxis eines oder mehrerer zugelassener Kollegen erfolgen soll, bitten wir Sie, die entsprechenden Einverständniserklärungen aller dort zugelassenen Ärzte bezüglich Ihrer beabsichtigten Zweigpraxistätigkeit in deren Praxisräumen beizufügen.

4. Folgendes Leistungsspektrum soll in der geplanten Zweigpraxis erbracht werden:

5. Welcher räumliche Einzugsbereich soll im Rahmen der Zweigpraxis versorgt werden:

6. Was sind die Beweggründe für Ihren Antrag? Warum wird die Versorgung am Ort der geplanten Zweigpraxis verbessert?

7. Wie stellen Sie sicher, dass die Versorgung am Ort Ihres Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird?

8. Sprechstunden

a)	<u>Ihre</u> derzeitigen Sprechstundenzeiten am Vertragsarztsitz lauten wie folgt:		Die derzeitigen Sprechstundenzeiten <u>des/der angestellten Arztes/Ärztin</u> am Vertragsarztsitz lauten wie folgt:	
	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

b)	<u>Ihre</u> Sprechstundenzeiten am geplanten Ort der Zweigpraxis lauten wie folgt:		Die Sprechstundenzeiten <u>des/der angestellten Arztes/Ärztin</u> am geplanten Ort der Zweigpraxis lauten wie folgt:	
	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

9. Verfügen Sie bereits über eine genehmigte Zweigpraxis? Ja Nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die Zeiten ein, an denen Sie in der bereits genehmigten Zweigpraxis tätig sind.

b)	<u>Ihre</u> Sprechstundenzeiten in der bereits genehmigten Zweigpraxis lauten wie folgt:		Die Sprechstundenzeiten <u>des/der angestellten Arztes/Ärztin</u> in der bereits genehmigten Zweigpraxis lauten wie folgt:	
	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

10. Bestehen in Ihrer Praxis Wartezeiten bei der Terminvergabe? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Umfang und ggf. aus welchen Gründen:

Diesem Antrag ist ein Auszug aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung beizufügen.

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von € 120,-- erhoben.

Hinsichtlich der Überweisung der Antragsgebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. Bitte zahlen Sie erst dann und verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.

Nach § 38 der Ärzte-ZV gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird.

Name:

Datum

Unterschrift, Vertragsarztstempel