

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Sicherstellung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

## **A N T R A G** auf Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird.

### **1. Angaben zum Antragsteller**

Name des Vertragsarztes/MVZ: .....

Anschrift: .....  
(Straße, Hausnummer, Ort)

.....

### **2. allgemeine Angaben zur Nebenbetriebsstätte**

Leistungserbringer: .....  
(Name, Vorname)

Fachgebiet: .....

Straße: .....

Ort: .....

geplanter Eröffnungszeitpunkt: .....

Beantragt wird:  Zweigpraxis - weiter mit Punkt 2.1

Filiale - weiter mit Punkt 2.2

#### **2.1 Leistungsumfang in der Zweigpraxis**

bis 10 Wochenstunden

10 bis 20 Wochenstunden

#### **2.2 Leistungsumfang in der Filiale**

- bis 10 Wochenstunden
- 10 bis 20 Wochenstunden
- 20 bis 30 Wochenstunden
- über 30 Wochenstunden

Antrag beim Zulassungsausschuss für Ärzte in Thüringen auf Anstellung des Arztes gestellt:

- ja
- nein

**2.3 Sprechstunden in der Nebenbetriebsstätte**

Tag	Vormittag	Nachmittag
Montag:		
Dienstag:		
Mittwoch:		
Donnerstag:		
Freitag:		
Samstag:		

**2.4 kurze Begründung, wie die Versorgung der Versicherten in der Nebenbetriebsstätte verbessert wird**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2.5 Leistungsspektrum in der Nebenbetriebsstätte**

- gesamtes Leistungsspektrum
  - spezielle ärztliche Leistungen .....  
(Gebührenordnungspositionen)
- .....

**3. Tätigkeit an weiteren Standorten**

Sind Sie/der Leistungserbringer zusätzlich an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes tätig?

ja  nein

wenn ja, in der Nebenbetriebsstätte Nummer: .....  
.....

**4. Angaben zur Hauptpraxis - nur auszufüllen bei Beantragung einer Zweigpraxis**

**4.1 Sprechstunden in der Hauptbetriebsstätte**

Tag	Vormittag	Nachmittag
Montag:		
Dienstag:		
Mittwoch:		
Donnerstag:		
Freitag:		
Samstag:		

**4.2 Vorkehrungen für die Versorgungspräsenz in der Hauptpraxis (z. B. tel. Erreichbarkeit)**

.....

Mir ist bekannt, dass ich genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen nach § 135 SGB V (Röntgen, Sonografie, Psychosomatik etc.) nur erbringen kann, wenn die Voraussetzungen durch mich nachgewiesen wurden und eine entsprechende Genehmigung durch die KV Thüringen erteilt wurde. Eine Aufstellung aller genehmigungs-, antrags- und zertifikatspflichtige sowie zugangsbeschränkte Leistungen finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) - Beratungsservice A-Z - Genehmigungspflichtige und zugangsbeschränkte Leistungen.

**Mir ist bekannt, dass bei der Leistungserbringung in einer Zweigpraxis oder Filiale in einem anderen Notdienstbereich als am Hauptsitz eine zusätzliche Teilnahme am Notdienst erforderlich wird.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Vertragsarztes/ärztlichen Leiters/  
Geschäftsführer