

Vertragsarztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
 Abteilung Sicherstellung  
 Postfach 2019  
 99401 Weimar

Fax: 03643/559791

**Meldung von Sprechstunden im Rahmen der Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft**

Name, Vorname.....Fachgebiet.....

Anzeige von Sprechstunden ab: .....

in der  Nebenbetriebsstätte\* oder  Hauptpraxis\*

.....  
 Angabe Betriebsstättennummer Angabe Betriebsstättennummer

Anschrift: .....

Straße, Hausnummer

.....

Ortsteil, PLZ, Ort

**Hier sind die Sprechstunden des/der o.g. Arztes/Ärztin an der angegebenen Nebenbetriebsstätte/Hauptpraxis einzutragen.**

Wochentag	vormittags		nachmittags		Offene Sprechstunde	
	von	bis	von	bis	von	bis
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						

Diese Sprechstunden werden auf die Gesamtsprechstunden angerechnet. Die vertragsärztliche Tätigkeit an der Hauptbetriebsstätte muss der Tätigkeit an der Nebenbetriebsstätte zeitlich insgesamt überwiegen.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift Vertragsarzt

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen