Vertragsarztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Sicherstellung
Postfach 2019
99401 Weimar

Fax: 03643/559791

Meldung von Sprechstunden im Rahmen der Genehmigung einer Filiale

Name, Vorname….....Fachgebiet.....

Anzeige von Sprechstunden ab: .....

in der ☐ Filiale* oder ☐ Hauptpraxis*

..... ….....
Angabe Betriebsstättennummer Angabe Betriebsstättennummer

Anschrift: .....
Straße, Hausnummer

.....
Ortsteil, PLZ, Ort

Sprechstunden:

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

.....
bei MVZ – Ärztlicher Leiter

*)Zutreffendes bitte ankreuzen

Reg.Nr. 100/14/3110/e – Stand 2. Dezember 2019