

| |
|---------------------|
| Vertragsarztstempel |
|---------------------|

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
 Abteilung Sicherstellung
 Postfach 2019
 99401 Weimar

Fax: 03643/559791

| |
|----------------------------------|
| Meldung von Sprechstunden |
|----------------------------------|

Titel, Name, Vorname

Fachgebiet:

BSNR:

Änderung der Sprechstunden ab:

Sprechstunden gesamt:

Mindestens 25 Stunden pro Woche, verteilt auf Montag bis Freitag mit einer Nachmittagsprechstunde ab 15.00 Uhr. Bei reduzierten Versorgungsaufträgen sind entsprechend angepasste Sprechstunden anzugeben. Bitte beachten Sie hierzu die Kompaktinformation unter <http://www.kv-thueringen.de/> – Themen von A-Z/Sprechstunden.

| Wochentag | vormittags | | nachmittags | |
|------------|------------|-----|-------------|-----|
| | von | bis | von | bis |
| Montag | | | | |
| Dienstag | | | | |
| Mittwoch | | | | |
| Donnerstag | | | | |
| Freitag | | | | |
| Samstag | | | | |

Telefonische Erreichbarkeiten – diese werden auf die Gesamtsprechstunden angerechnet

Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte müssen Zeiten der telefonischen Erreichbarkeiten angeben, die auf die Sprechstunden angerechnet werden.

| Versorgungsauftrag | Erreichbarkeiten pro Woche |
|--------------------|--|
| 1,0 | 200 min in Einheiten von mindestens 25 Minuten |
| 0,75 | 150 min in Einheiten von mindestens 25 Minuten |
| 0,5 | 100 min in Einheiten von mindestens 25 Minuten |
| 0,25 | 50 min in Einheiten von mindestens 25 Minuten |

Bitte Rückseite beachten!

Meldung von Sprechstunden

Telefonische Erreichbarkeiten – diese werden auf die Gesamtsprechstunden angerechnet

| Wochentag | vormittags | | nachmittags | |
|------------------|-------------------|-----|--------------------|-----|
| | von | bis | von | bis |
| Montag | | | | |
| Dienstag | | | | |
| Mittwoch | | | | |
| Donnerstag | | | | |
| Freitag | | | | |
| Samstag | | | | |

Meldung der Telefonnummer für die telefonische Erreichbarkeit:

.....
Vorwahl/Telefon ggfs. Handynummer

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vertragsarzt – bei MVZ Ärztlicher Leiter