



Fax: 0421/3404-337

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Postfach 10 43 29  
28043 Bremen

## Anzeige ausgelagerter Praxisräume im Bereich der KV Bremen

<b>Name anzeigende/r Ärztin/Arzt/zugelassene/r Leistungserbringer/in</b> (bei BAG bitte je Arzt einen Antrag stellen)	
<b>Anschrift Vertragsarztsitz</b>	
<b>Anschrift Nebenbetriebsstätten</b>	
<b>Anschrift ausgelagerte Praxisräume</b>	
<b>Telefon und Fax</b>	
<b>E-Mail</b>	

**Ich/wir erkläre/n Folgendes:**

- In den ausgelagerten Praxisräumen findet kein Erstkontakt mit Patienten statt.
- Die Patienten werden in die ausgelagerten Praxisräume bestellt, nachdem der Erstkontakt am Vertragsarztsitz stattgefunden hat.
- Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz. Die Entfernung muss für Patienten zumutbar sein.  
Dies ist dann gewährleistet, wenn die ausgelagerten Praxisräume binnen eines Zeitraums von 30 Minuten Fahrtzeit von der Hauptpraxis aus erreichbar sind.  
Die Fahrtzeit Hauptpraxis – ausgelagerte Praxisräume beträgt \_\_\_\_\_ Min.
- Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung (§ 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 14 Arzt-/Ersatzkassenvertrag) wird erfüllt.

**Bitte um Beachtung:**

Die Ankündigung und/oder das Abhalten von gesonderten Sprechstunden sowie das Anbieten des gesamten Leistungsumfangs der „Stammpraxis“ in ausgelagerten Praxisräumen ist unzulässig.  
Hierfür wäre die Genehmigung einer Zweigpraxis bei der KV Bremen zu beantragen.

Folgende Leistungen sollen ab dem \_\_\_\_\_ in den ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt werden:

**(BITTE DETAILLIERT ANGEBEN, GGF. MIT GOP – EVTL. GESONDERTES BLATT BEILEGEN)**

**genehmigungspflichtige Leistungen**

-
-
-
-
-
-
-

**nicht genehmigungspflichtige Leistungen**

-
-
-
-
-
-
-

Gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut, sofern er spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (ausgelagerte Praxisräume) erbringt, Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

**Hinweis:**

Betrifft Ihre Anzeige der ausgelagerten Praxisräume **genehmigungspflichtige Leistungen**, so wird diese an die **zuständige Stelle** innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung weitergeleitet, von welcher Sie dann **gesondert Nachricht** erhalten.

**Ich/wir bestätige/n, dass die o. g. Kriterien bzgl. der ausgelagerten Praxisräume erfüllt sind.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/-en)