



Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Postfach 10 43 29

28043 Bremen

## Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis im Bereich der KV Bremen

Ich beantrage die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis zum: \_\_\_\_\_  
im Umfang von maximal \_\_\_\_\_ Std./Woche

für den Zweigpraxissitz: \_\_\_\_\_

(bitte Straße und Hausnummer angeben)

neben meiner seit \_\_\_\_\_ bestehenden Zulassung

als Facharzt für \_\_\_\_\_

zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Planungsbereich \_\_\_\_\_

am Vertragsarztsitz \_\_\_\_\_

(bitte Straße und Hausnummer angeben)

Meine Sprechzeiten am bisherigen Vertragsarztsitz lauten:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

Die Sprechzeiten im Rahmen der Zweigpraxen werden wie folgt lauten:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
vormittags						
nachmittags						

Die Entfernung zwischen meiner Praxis und der geplanten Zweigpraxis beträgt in Km: \_\_\_\_\_

Die Fahrtzeit zwischen meiner Praxis und der geplanten Zweigpraxis beträgt in Std.: \_\_\_\_\_

**Antragsdatum und Unterschrift der/-s Antragstellerin (-s):**

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis gem. § 24 (3) Ä-ZV ist zu erteilen, wenn

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert  
und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des bestehenden Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt.

**Bitte begründen Sie formlos Ihren Antrag inwiefern Ihre geplante Zweigpraxis die Versorgung der Versicherten in Ihrem Planungsbereich verbessern würde.**