



Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26/28
28209 Bremen

Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis im Bereich der KV Bremen

Das MVZ _____ beantragt die

Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis zum: _____

im Umfang von maximal _____ Std./Woche

für den Zweigpraxissitz: _____

(bitte Straße und Hausnummer angeben)

neben der seit/ab _____ bestehenden Zulassung als MVZ mit dem

Vertragsarztsitz des MVZ _____

(bitte Straße und Hausnummer angeben)

Die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz des MVZ 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 dem MVZ und der geplanten Zweigpraxis beträgt in km: _____

Die Fahrtzeit zwischen dem MVZ und der geplanten Zweigpraxis beträgt in Std.: _____

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Geschäftsführung des MVZ)

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

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 wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an den weiteren Orten aufgewogen werden.

Bitte begründen Sie formlos Ihren Antrag inwiefern Ihre geplante Zweigpraxis die Versorgung der Versicherten in Ihrem Planungsbereich verbessern würde und geben Sie das geplante Leistungsspektrum unter Benennung der maßgeblichen GOP an.

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

Die Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist nur zulässig, wenn diese von Ihnen beantragt und von der KV Bremen schriftlich genehmigt worden ist.

Die Übersicht aller genehmigungspflichtigen Leistungen finden Sie im Internet unter:

www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/genehmigungen

- Bitte senden Sie mir/uns die Übersicht der genehmigungspflichtigen Leistungen zu.
oder
 Ich/wir möchte(n) keine genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und benötige(n) daher die Übersicht nicht.

- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **aller** bisher genehmigten Leistungen.

oder

- Ich/wir bin/sind bereits Genehmigungsinhaber von Leistungen die durch die KV Bremen genehmigt worden sind und wünsche(n) die Übernahme **nicht** aller bisher genehmigten Leistungen. Leistungen die ich/wir nicht mehr erbringen möchte(n), zeige(n) ich/wir bei der KV Bremen, Abt. Q/P schriftlich an.

Bitte beachten Sie, dass manche Leistungen ggf. erneut beantragt werden müssen, auch wenn Sie bereits Genehmigungsinhaber sind. In diesem Fall wird sich die Abt. Q/P mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ausführender Arzt/Leistungserbringer

LANR/BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	

Vertragsarzt bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)

BSNR falls bekannt	
Ggf. Titel, Name, Vorname	
Ort, Datum Unterschrift	

BITTE LEGEN SIE DIESE SEITE UNBEDINGT AUSGEFÜLLT IHREM ANTRAG AN DEN ZULASSUNGS-AUSCHUSS BEI.