

**Zulassungsausschuss
Psychotherapeuten/Krankenkassen**
Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Antrag auf Ermächtigung zum Führen einer Zweigpraxis

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkenden Ermächtigungen von Zweigpraxen beschließen darf. **Ermächtigungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden.** Daher beantragen Sie die Genehmigung rechtzeitig (mind. 3 Monate) vor dem jeweiligen Sitzungstermin.

Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. c) Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Ermächtigung Zweigpraxis“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro

überwiesen am _____ (der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

Personalien Antragsteller/-in:

Titel , Name, Vorname	
Geburtsdatum/-ort	

Privatadresse:

Straße, PLZ, Ort	
E-Mail	
Telefon privat/ tagsüber erreichbar	

Ich beantrage als nicht in Bremen zugelassener Vertragspsychotherapeut die Ermächtigung zum Führen einer Zweigpraxis gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV zum: _____ im Umfang von max.13 Std./Woche für den Planungsbereich

Bremen-Stadt

Bremerhaven-Stadt

für den Zweigpraxissitz: _____

(bitte Straße und Hausnummer angeben)

neben meiner seit _____ bestehenden Zulassung

zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit im Planungsbereich _____

am Vertragspsychotherapeutensitz _____

(bitte Straße und Hausnummer angeben)

Meine Sprechzeiten am bisherigen Vertragspsychotherapeutensitz 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.: _____

Die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis außerhalb des Bezirkes Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung 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 Vertragspsychotherapeutensitzes nicht beeinträchtigt wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragspsychotherapeutensitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an den weiteren Orten aufgewogen werden. (Hierzu werden nach Vorliegen Ihres Antrages Stellungnahmen der für Ihren Vertragspsychotherapeutensitz zuständigen KV und des dortigen Zulassungsausschusses eingeholt)

Bitte begründen Sie formlos Ihren Antrag inwiefern Ihre geplante Zweigpraxis die Versorgung der Versicherten in Bremen-Stadt bzw. Bremerhaven-Stadt verbessern würde.
Geben Sie bitte auch das in der Zweigpraxis geplante Leistungsspektrum vollständig an.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Auszug aus dem Psychotherapeutenregister (§ 18 Abs. 1 a Ärzte-ZV)
2. KV-Bescheinigungen zur bisherigen niedergelassenen Tätigkeit (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)
4. Erklärung über Dienst-/Beschäftigungsverhältnisse (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV):

Neben der bestehenden Zulassung und der beantragten Zweigpraxis bin ich noch/ werde ich noch in folgenden Dienst-/ Beschäftigungsverhältnissen ärztlich tätig/ sein (der Anstellungsvertrag wird diesem Antrag in Kopie beigefügt):

_____ (Arbeitgeber und Std./Woche)

Ich erkläre, dass ich z. Zt. in keinem Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis stehe.

5. Erklärung (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV)

Ich erkläre hiermit, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin, noch innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin. Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes nicht entgegenstehen.

6. Ist Ihnen die Berufsausübung als Psychotherapeut zu irgendeiner Zeit untersagt oder eingeschränkt bzw. die Approbation entzogen/ruhend gestellt worden? ja nein

Wenn ja, von welcher Stelle, für welchen Zeitraum und aus welchem Grund?

7. Läuft noch ein weiterer Antrag auf Zulassung/Genehmigung als angestellte(r) Psychotherapeutin/Psychotherapeut/ Genehmigung einer Zweigpraxis bei einem anderen Zulassungsausschuss (bei welchem/ zu welchem Beginndatum) ?

Datenschutzerklärung:

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

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)