



Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstraße 26/28  
28209 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 Psychotherapeut (PT/KJPT/ÄPT) \_\_\_\_\_

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.: \_\_\_\_\_

Datenschutzerklärung:

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

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

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

Die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis gem. § 24 Abs.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 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.

**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](http://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.**