



Abteilung Versorgungsgenehmigungen und Bedarfsplanungsdaten, 40182 Düsseldorf

Zweigpraxis-Antrag

Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig und gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV zu genehmigen, wenn dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt.

Weitere Informationen über das Verfahren finden Sie auch in unserem Merkblatt auf der Homepage <https://www.kvno.de/praxis/haeufige-fragen/zweigpraxis>.

1. Name des **Antragstellers:**

_____ (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)

Lebenslange **Arzt**nummer: _____ (nur bei Vertragsärzten oder Vertragspsychotherapeuten)

Betriebsstättennummer: _____ (nur bei MVZ oder BAG)

	Vertragsarztsitz	Zweigpraxis
PLZ/Ort		
Straße/Hausnr.:		
E-Mail:		

2. Datum der **geplanten Aufnahme** der Tätigkeit in der Zweigpraxis: _____

3. Soll die Zweigpraxistätigkeit in Praxisräumen eines bzw. mehrerer zugelassener Kollegen oder eines MVZ erfolgen? Nein Ja

Für diesen Fall bitten wir Sie, diesem Antrag eine **formlose Einverständniserklärung aller dort zugelassenen Ärzte / Psychotherapeuten bzw. des MVZ** bezüglich Ihrer beabsichtigten Zweigpraxistätigkeit in deren Praxisräumen beizufügen.

4. Wer soll in der Zweigpraxis tätig werden?

	Arzt 1	Arzt 2	Arzt 3
Name			
LANR			
Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt wenn noch keinen LANR			
angestellt oder zugelassen?	<input type="checkbox"/> zugelassen <input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> zugelassen <input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> zugelassen <input type="checkbox"/> angestellt
Anstellung / Zulassung beim Zulassungsausschuss schon beantragt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist beantragt <input type="checkbox"/> Für Adresse/n: _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist beantragt <input type="checkbox"/> Für Adresse/n: _____ _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist beantragt <input type="checkbox"/> Für Adresse/n: _____ _____

5. Welches **Leistungsspektrum** soll in der geplanten Zweigpraxis angeboten werden?

- komplettes Spektrum des Fachgebietes/der Fachgebiete
- ausschließlich folgende Leistungsbereiche/Leistungen nach dem EBM:

6. Sprechstundenzeiten:

- Die Sprechstundenzeiten entsprechen denen der bereits zuvor am Ort der Zweigpraxis tätigen Praxis.

Bitte füllen Sie anderenfalls die Tabellen unter Anlage 1 aus.

7. Die Versorgung am Vertragsarztsitz wird **nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt**, weil:

- die bisherigen Sprechstundenzeiten der in der Zweigpraxis tätigen Ärzte am Vertragsarztsitz gleich bleiben.
- die durch die Tätigkeit in der Zweigpraxis entfallenden Sprechstundenzeiten am Vertragsarztsitz durch Praxispartner oder Angestellte zusätzlich erbracht werden.

Sonstige Gründe / nähere Begründung:

8. Was sind die **Beweggründe** für Ihren Antrag?

Warum wird die **Versorgung** am Ort der geplanten Zweigpraxis **verbessert**?

Eine bestehende Vertragsarztpraxis soll als Zweigpraxis unter Anstellung des/der bisher dort zugelassenen Arztes/Ärzten fortgeführt werden

Es sollen Leistungen in der Zweigpraxis angeboten werden,

die am Ort bisher nicht angeboten werden

die am Ort bisher nicht in ausreichender Menge angeboten werden (lange Wartezeiten)

die zu diesen Sprechstundenzeiten am Ort bisher nicht angeboten werden

die besonders schonend sind oder bessere Diagnoseergebnisse liefern

Sonstige Gründe / nähere Begründung:

9. Weitere Vorhaben:

Sind mit der beantragten Zweigpraxis ggf. noch weitere Vorhaben verbunden, die für den **Gesamtsachverhalt** zu berücksichtigen sind?

(z.B. weitere **Anträge an den Zulassungsausschuss**, die im Zusammenhang mit der Zweigpraxis stehen, wie etwa Zulassung, Verlegung des Vertragsarztsitzes,

Nachbesetzungsverfahren, Genehmigung einer Anstellung, Ausschreibungsverfahren)

Ja Nein Wenn ja, welche?

Datum

Name

Unterschrift des Antragstellers,
Vertragsarztstempel

Ansprechpartnerinnen:

Für Mitglieder aus dem Regierungsbezirk Köln:

Claudia Gibat

☎ 0211 5970-8084

✉ zweigpraxis@kvno.de

Für Mitglieder aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf:

Besijana Sylva

☎ 0211 5970-8924

✉ zweigpraxis@kvno.de

☎ 0211 5970-33269

Die Personen- und Berufsbezeichnungen werden zur Vereinfachung einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch für die männliche Form verwendet.

Anlage 1

Die Angaben beziehen sich jeweils ausschließlich auf den Arzt, der in der Zweigpraxis tätig werden soll. (Bei mehr als zwei Ärzten ggf. mehrfach ausfüllen)

Name: _____

Sprechstundenzeiten in der geplanten Zweigpraxis (Uhrzeiten):

	MO	DI	MI	DO	FR	SA
vormittags						
nachmittags						

Sprechstundenzeiten **am Sitz** ab Genehmigung der Zweigpraxis (Uhrzeiten):

	MO	DI	MI	DO	FR	SA
vormittags						
nachmittags						

Name: _____

Sprechstundenzeiten in der geplanten Zweigpraxis (Uhrzeiten):

	MO	DI	MI	DO	FR	SA
vormittags						
nachmittags						

Sprechstundenzeiten am Sitz ab Genehmigung der Zweigpraxis (Uhrzeiten):

	MO	DI	MI	DO	FR	SA
vormittags						
nachmittags						