



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Bedarfsprüfungen Ärzte
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund

E-Mail: Bedarfspruefung@kvwl.de

Mitteilung von Änderungen

bei bereits genehmigter
vertragsärztlicher Tätigkeit in einer Versorgerzweigpraxis*/Zweigpraxis

*Versorgerzweigpraxis = ausschließliche Tätigkeit am Standort der Zweigpraxis

Dieses Formular füllen Sie bitte bei folgenden Änderungen aus:

- personelle Zusammensetzung (gilt auch für Tätigwerden von Jobsharern)
- des Leistungsspektrums

Sofern die bereits genehmigte vertragsärztliche Tätigkeit in einer Zweigpraxis an einem anderen Standort ausgeübt werden soll, füllen Sie bitte das Formular „Antrag auf vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes (Zweigpraxis)“ aus.

Name des Antragstellers:
(Vertragsarzt, MVZ,
Berufsausübungsgemeinschaft)

Änderung betrifft folgende (Versorger-)Zweigpraxis:

PLZ/Ort:

Straße/Hausnr.:

NBSNR:

Änderungen in der (Versorger-)Zweigpraxis:



Personelle Zusammensetzung (Punkt 1., 2.)



Leistungsspektrum (Punkt 2.)

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

1. Personelle Zusammensetzung

Ausscheiden eines Arztes (m/w/d) in der (Versorger-)Zweigpraxis:

Name:

Vorname:

LANR:

Reduzierung des Stundenumfanges eines Arztes (m/w/d):

Name:

Vorname:

LANR:

Die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz sind im Mitgliederportal gepflegt:

Ja

Nein

Sofern die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz bereits im Mitgliederportal gepflegt sind oder es sich um Änderungen in einer Versorgerzweigpraxis handelt, entfällt die Angabe der Sprechzeiten am Vertragsarztsitz in diesem Antragsformular.

Sprechzeiten am Vertragsarztsitz (Hauptstandort):

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

Sprechzeiten in der (Versorger-)Zweigpraxis:

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

Aufnahme eines weiteren Arztes (m/w/d) oder Erhöhung des Stundenumfanges eines Arztes (m/w/d):

Name:

Vorname:

LANR:

Das Leistungszentrum ist unter Ziffer 2. anzugeben.

Die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz sind im Mitgliederportal gepflegt:

Ja

Nein

Sofern die Sprechzeiten am Vertragsarztsitz bereits im Mitgliederportal gepflegt sind oder es sich um Änderungen in einer Versorgerzweigpraxis handelt, entfällt die Angabe der Sprechzeiten am Vertragsarztsitz in diesem Antragsformular.

Sprechzeiten am Vertragsarztsitz (Hauptstandort):

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

Sprechzeiten in der (Versorger-)Zweigpraxis:

		vormittags		nachmittags	
		von	bis	von	bis
<input type="checkbox"/>	Montag				
<input type="checkbox"/>	Dienstag				
<input type="checkbox"/>	Mittwoch				
<input type="checkbox"/>	Donnerstag				
<input type="checkbox"/>	Freitag				
<input type="checkbox"/>	Samstag				

2. Leistungsspektrum:

Name:	
-------	--

Vorname:	
----------	--

Bitte ausführlich ggf. unter Angabe der EBM-Ziffern beschreiben – (evtl. mit gesondertem Schreiben):

--

Datenschutzhinweise:
Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund verarbeitet Ihre angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitwirkung an Zulassungsverfahren und löscht sie nach dessen Zweckerreichung, es sei denn, es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen (z. B. die des Bürgerlichen Gesetzbuches, des Handelsgesetzbuches, der Abgabenordnung, etc.). Ergänzende Informationen erhalten Sie im Internet unter <https://www.kvwl.de/datenschutz/>.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des Vertragsarztes /
Vertretungsberechtigten der BAG / des MVZs