



Antrag auf vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes (Zweigpraxis)

Nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV können zugelassene Leistungserbringer eine vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes in einer Zweigpraxis ausüben, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem beigefügten Informationsblatt.

Name des Antragstellers:

(Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)

Fachgebiet(e): _____

	Vertragsarztsitz	Zweigpraxis
PLZ/ Ort:	_____	_____
Strasse:	_____	_____
Telefon:	_____	_____

Zweigpraxis im Krankenhaus geplant: ja nein

Sprechzeiten am Vertragsarztsitz:

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von bis		Nachmittag von bis	

Sprechzeiten der Zweigpraxis:

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Vormittag von bis		Nachmittag von bis	

Entfernung zwischen Vertragsarztsitz und Zweigpraxis:

_____ (Kilometer und Fahrzeit)

Leistungsspektrum: _____

(Falls Sie genehmigungspflichtige Leistungen erbringen wollen, wenden Sie sich bitte an die Abteilung „Genehmigungen/ Qualitätssicherung“!)

In der Zweigpraxis sollen folgende Vertragsärzte/- psychotherapeuten/ bzw. angestellte Ärzte / angestellte Psychotherapeuten tätig werden (eine Benennung ist erforderlich, da die Genehmigungen personenbezogen erfolgen):

Name: _____

Fachgebiet: _____

Grund der Zweigpraxis:

Genehmigungsvoraussetzung der Zweigpraxis ist u. a., dass die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert wird. Zum Begriff der Verbesserung sind von der Rechtsprechung Fallkonstellationen festgelegt worden. Wir bitten Sie, zur Erleichterung der Antragsbearbeitung uns mitzuteilen, weshalb aus Ihrer Sicht eine oder mehrere der folgenden Fallkonstellationen der Versorgungsverbesserung gegeben ist bzw. sind. Beachten Sie bitte, dass je nach Fallkonstellation die Genehmigung für die Zweigpraxis inhaltlich oder zeitlich entsprechend des gegebenen Sachverhalts eingeschränkt wird.

Quantitatives Defizit

(es sind nicht genügend Ärzte oder kein Arzt der Fachgruppe in der Gemeinde/Stadt/Ortsteil tätig)

lange Wartezeiten

(es sind zwar genügend Ärzte niedergelassen, aber diese sind ausgelastet und die Wartezeiten für die Patienten sind nicht zumutbar)

Abweichendes Leistungsspektrum

(Sie bieten Leistungen an, die in der Gemeinde/Stadt/Ortsteil nicht erbracht werden, Bsp. ist kein Arzt mit dem Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung dort tätig)

Bitte nennen Sie uns die Gebührenordnungsposition.

Qualitativ höherwertige Leistungen

(Sie bieten besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, die besonders schonend sind oder bessere Diagnoseergebnisse liefern)

Bitte nennen Sie uns die Gebührenordnungsposition und den sich ergebenden medizinischen Vorteil.

Organisatorische / logistische Gründe

(Bsp.: Sie bieten besondere Sprechstundenzeiten an (samstags), bessere Erreichbarkeit usw.)

Versorgerzweigpraxis

(Umwandlung einer bestehenden Vertragsarztpraxis in eine Zweigpraxis mit Besetzung durch einen ang. Arzt, in der Regel mit ausschließlicher Tätigkeit in der Zweigpraxis)

Bitte nehmen Sie in diesem Fall Kontakt mit uns auf!

ausführliche Begründung des Antrages:

Wurde bereits eine Zweigpraxis beantragt bzw. genehmigt:

nein

ja

Ort: _____

Ort, Datum

(Unterschrift/Stempel)