

## Anlage 1

Die Angaben beziehen sich ausschließlich jeweils auf den Arzt/die Ärztin, der/die in der Zweigpraxis tätig werden soll. Bei Tätigkeit mehrerer Ärzte/Ärztinnen in der Zweigpraxis, bitte für jeden Arzt/Ärztin einzeln die Sprechzeiten angeben.

Beachten Sie bitte auch die Sprechzeitenbedingungen im Statut über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg (*Sicherstellungsstatut der KVBB*).

1,0 Zulassung oder bei Anstellung über 30 h/Woche: mind. 25 Sprechstunden/Woche  
 0,75 Zulassung oder bei Anstellung über 20 – 30 h/Woche: mind. 18,5 Sprechstunden/Woche  
 0,5 Zulassung oder bei Anstellung über 10 – 20 h/Woche: mind. 12,5 Sprechstunden/Woche  
 0,25 Zulassung oder bei Anstellung bis 10 h/Woche: mind. 6 Sprechstunden/Woche

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Sprechstunden nach Genehmigung am Vertragsarztsitz (Hauptpraxis):** einschließlich Hausbesuche und OP-Zeiten

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Sprechzeiten von / bis						
<b>Summe der Sprechzeit in h</b>						

**Gesamtsumme der Sprechzeiten:** \_\_\_\_\_

**Sprechstunden in der Zweigpraxis:** einschließlich Hausbesuche und OP-Zeiten

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Sprechzeiten von / bis						
<b>Summe der Sprechzeit in h</b>						

**Gesamtsumme der Sprechzeiten:** \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Sprechstunden nach Genehmigung am Vertragsarztsitz (Hauptpraxis):** einschließlich Hausbesuche und OP-Zeiten

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Sprechzeiten von / bis						
<b>Summe der Sprechzeit in h</b>						

**Gesamtsumme der Sprechzeiten:** \_\_\_\_\_

**Sprechstunden in der Zweigpraxis:** einschließlich Hausbesuche und OP-Zeiten

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Sprechzeiten von / bis						
<b>Summe der Sprechzeit in h</b>						

**Gesamtsumme der Sprechzeiten:** \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Sprechstunden nach Genehmigung am Vertragsarztsitz (Hauptpraxis):** einschließlich Hausbesuche und OP-Zeiten

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Sprechzeiten von / bis						
<b>Summe der Sprechzeit in h</b>						

**Gesamtsumme der Sprechzeiten:** \_\_\_\_\_

**Sprechstunden in der Zweigpraxis:** einschließlich Hausbesuche und OP-Zeiten

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Sprechzeiten von / bis						
<b>Summe der Sprechzeit in h</b>						

**Gesamtsumme der Sprechzeiten:** \_\_\_\_\_