

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5  
14469 PotsdamFax: 0331/ 2309 553  
Mail: vpl@kvbb.deKörperschaft des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

## Mitteilung von Änderungen einer genehmigten Zweigpraxis

### 1. Name des Antragstellers/der Antragstellerin:

---

(Vertragsarzt/-ärztin, Vertragspsychotherapeut/-therapeutin, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)

### 2. Praxisanschrift:

	Hauptbetriebsstätte	Zweigpraxis																				
PLZ/ Ort																						
Straße/ Hausnr.																						
BSNR/ NBSNR	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
E-Mail																						

### 3. Art der Änderung

<input type="checkbox"/> Personelle Änderung (weiter mit Punkt 3.1.)
<input type="checkbox"/> Änderung im Leistungsspektrum (weiter mit Punkt 3.2.)
<input type="checkbox"/> Änderung des Standortes/Verlegung (weiter mit Punkt 3.3.)

#### 3.1. Personelle Änderung

Alle personellen Änderungen, die Ärzte/Ärztinnen betreffen, die ausschließlich in einer Zweigpraxis beschäftigt sind, müssen zusätzlich beim Zulassungsausschuss für Ärzte beantragt werden.

<input type="checkbox"/> Beendigung der Tätigkeit eines Arztes/einer Ärztin in der Zweigpraxis										
Titel, Vorname, Name										
LANR										
Zeitpunkt der Beendigung	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td></tr></table>						2	0		
					2	0				

Bitte geben Sie ggf. geänderte Sprechstunden in der Tabelle in **Anlage 1** an.

<input type="checkbox"/> <b>Änderung des Versorgungsumfanges eines Arztes/einer Ärztin in der Zweigpraxis</b>									
Titel, Vorname, Name									
LANR									
Zeitpunkt der Änderung	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td> </tr> </table>					2	0		
				2	0				
Bisheriger Versorgungsumfang									
neuer Versorgungsumfang									

Bitte geben Sie die geänderten Sprechstunden in der Tabelle in **Anlage 1** an.

<input type="checkbox"/> <b>Änderung des Sprechstundenumfanges eines Arztes/einer Ärztin in der Zweigpraxis bei gleichbleibenden Versorgungsumfang</b>									
Titel, Vorname, Name									
LANR									
Zeitpunkt der Änderung	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td> </tr> </table>					2	0		
				2	0				
bisheriger Sprechstundenumfang									
neuer Sprechstundenumfang									

Bitte geben Sie die geänderten Sprechstunden in der Tabelle in **Anlage 1** an.

<input type="checkbox"/> <b>Aufnahme eines neuen Arztes/einer neuen Ärztin in der Zweigpraxis</b>									
Titel, Vorname, Name									
LANR (falls vorhanden)									
Facharztgruppe									
Zeitpunkt Tätigkeitsbeginn	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td> </tr> </table>					2	0		
				2	0				
Versorgungsumfang									

Bitte geben Sie die geänderten Sprechstunden in der Tabelle in **Anlage 1** an.

### 3.2. Änderung im Leistungsspektrum

Bitte beachten Sie, dass Änderungen im Leistungsspektrum ggf. beim Fachbereich Qualitätssicherung (qs@kvbb.de) angezeigt/beantragt werden müssen.

Wessen Leistungsspektrum soll sich ändern?

Titel, Vorname, Name									
LANR									
Zeitpunkt der Änderung	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td> </tr> </table>					2	0		
				2	0				

Bitte beschreiben Sie die Änderung ggf. unter Angabe der EBM-Ziffern – (evtl. mit gesondertem Schreiben)

### 3.3. Änderung des Standortes / Verlegung

Alle Änderungen des Standortes und Verlegungen, die Ärztinnen/Ärzte betreffen, welche ausschließlich in einer Zweigpraxis beschäftigt sind, müssen zusätzlich beim Zulassungsausschuss für Ärzte beantragt werden.

#### Neuer Standort

PLZ/ Ort									
Straße/ Hausnummer									
Zeitpunkt der Änderung	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td></tr></table>					2	0		
				2	0				
Grund der Verlegung									

**Hiermit erklären wir, dass durch die Änderungen in der bestehenden Zweigpraxis die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt und die Räumlichkeiten und die Ausstattung in der Zweigpraxis weiterhin den jeweiligen fachspezifischen Anforderungen entsprechen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ärztlicher Leiter

Praxisstempel (bitte lesbar)