

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

## Erstantrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis

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

---

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BSNR

### 2. Praxisanschrift:

	Hauptbetriebsstätte	geplante Zweigpraxis
PLZ/ Ort		
Straße/ Hausnr.		
E-Mail		

### 3. Datum der geplanten Aufnahme der Tätigkeit in der Zweigpraxis:

					2	0		
--	--	--	--	--	---	---	--	--

### 4. Entfernung zwischen Hauptpraxis und der beantragten Zweigpraxis? \_\_\_\_\_ km

### 5. Werden am geplanten Zweigpraxisort anzeige- und genehmigungspflichtige Leistungen durchgeführt?

 nein ja, welche: \_\_\_\_\_

Für jede genehmigungspflichtige Leistung am Standort der Zweigpraxis ist eine vorherige Genehmigung dieser Leistung durch den Fachbereich Qualitätssicherung (qs@kvbb.de) für jeden/jede Arzt/Ärztin notwendig. Der Antrag ist separat zu stellen.

**6. Wer soll in der Zweigpraxis tätig werden?**

	Arzt/Ärztin 1	Arzt/Ärztin 2	Arzt/Ärztin 3
Titel, Vorname, Name			
LANR (falls vorhanden)			
Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt			
Status	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> zugelassen	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> zugelassen	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> zugelassen
Antrag beim Zulassungsausschuss gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tätigkeitsumfang in Stunden/Woche in der geplanten Zweigpraxis			

**7. Angaben zu Sprechzeiten:**

Bitte füllen Sie die Tabelle unter **Anlage 1** für jeden Arzt/jede Ärztin aus, der/die in der Zweigpraxis tätig werden soll.

**8. Gründe für die Genehmigung der Zweigpraxis:**

Eine bestehende Vertragsarztpraxis soll als Zweigpraxis fortgeführt werden.

Es sollen Leistungen angeboten werden,

die bisher nicht angeboten werden

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

Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Hiermit erklären wir, dass durch die Aufnahme der beantragten Zweigpraxis die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird und die Räumlichkeiten und die Ausstattung in der Zweigpraxis den jeweiligen fachspezifischen Anforderungen entsprechen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

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

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

Praxisstempel (bitte lesbar)