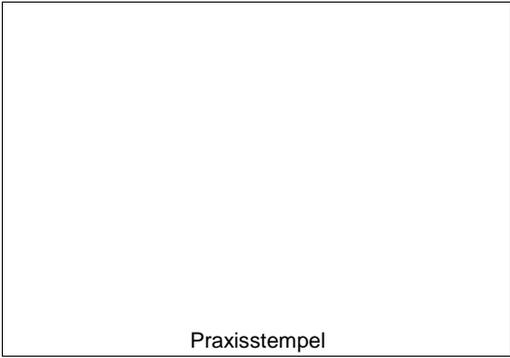


Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis für Medizinische Versorgungszentren

gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Medizinischen Versorgungszentrums

Angaben zur geplanten Zweigpraxis

Adresse

PLZ

Ort

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Telefon

Fax

Wann erfolgt die voraussichtliche Praxisaufnahme?

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Gebühren

Wir erklären uns damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 50,00 € von dem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Angaben zur geplanten Zweigpraxis

Werden die Sprechzeiten ausschließlich nach Vereinbarung vergeben?

ja (bei ja bleibt die folgende Tabelle leer)

nein

Die Sprechzeiten werden zu folgenden Tages-/ Uhrzeiten erbracht:

	Vormittags		Nachmittags	
	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Hinweis: Ein voller Versorgungsauftrag gilt als erfüllt, wenn der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Bei einer halben Zulassung müssen mindestens 12,5 Stunden wöchentlich an Sprechstunden zur Verfügung stehen (§ 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Geplante tätige Ärzte/Psychotherapeuten an der Zweigpraxis

Daten des Angestellten

Titel, Vorname, Name		LANR			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fachrichtung des Angestellten					
<input type="text"/>					
Wird der Angestellte ausschließlich an der Zweigpraxis tätig sein?					
<input type="checkbox"/> ja und zwar wie folgt:					
<input type="checkbox"/> nein, sondern insgesamt <input type="text"/> Stunden und zwar wie folgt:					
	Vormittags		Nachmittags		
	von	bis	von	bis	
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					

Geplante tätige Ärzte/Psychotherapeuten an der Zweigpraxis

Daten des Angestellten

Titel, Vorname, Name			LANR											
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Fachrichtung des Angestellten														
Wird der Angestellte ausschließlich an der Zweigpraxis tätig sein?														
<input type="checkbox"/> ja und zwar wie folgt:														
<input type="checkbox"/> nein, sondern insgesamt <input style="width: 40px;" type="text"/> Stunden														
Vormittags			Nachmittags											
	von	bis	von	bis										
Montag														
Dienstag														
Mittwoch														
Donnerstag														
Freitag														
Samstag														
Sonntag														

Titel, Vorname, Name			LANR											
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Fachrichtung des Angestellten														
Wird der Angestellte ausschließlich an der Zweigpraxis tätig sein?														
<input type="checkbox"/> ja und zwar wie folgt:														
<input type="checkbox"/> nein, sondern insgesamt <input style="width: 40px;" type="text"/> Stunden														
Vormittags			Nachmittags											
	von	bis	von	bis										
Montag														
Dienstag														
Mittwoch														
Donnerstag														
Freitag														
Samstag														
Sonntag														

Geplante tätige Ärzte/Psychotherapeuten an der Zweigpraxis

Hinweis: Reicht der Platz nicht aus, benutzen Sie bitte die Rückseite.

Daten des Angestellten

Titel, Vorname, Name		LANR					
Fachrichtung des Angestellten							
Wird der Angestellte ausschließlich an der Zweigpraxis tätig sein?							
<input type="checkbox"/> ja und zwar wie folgt:							
<input type="checkbox"/> nein, sondern insgesamt <input style="width: 50px;" type="text"/> Stunden und zwar wie folgt:							
Vormittags				Nachmittags			
	von	bis		von	bis		
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							

Geplantes Leistungsangebot an der Zweigpraxis

Hinweis: Bitte beachten Sie das Informationsblatt "Genehmigung einer Zweigpraxis für Medizinische Versorgungszentren".

Reicht der Platz nicht aus, benutzen Sie bitte die Rückseite.

Falls Sie in der geplanten Zweigpraxis genehmigungspflichtige Leistungen anbieten möchten, schicken Sie bitte hierfür einen gesonderten Antrag an die Abteilung Genehmigungen (E-Mail: genehmigung@kvhh.de). Eine Abrechnung kann erst nach Erhalt der Genehmigung erfolgen. Die dafür benötigten Formulare finden Sie unter

<https://www.kvhh.net/de/praxis/formulare/formulare.html>

Folgende Leistungen sollen erbracht werden:

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben