

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

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 Antragstellers

Titel, Vorname, Name

Fachgebiet

### Angaben zur geplanten Zweigpraxis

Adresse

PLZ

Ort

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

Telefon

Fax

E-Mail

Wann erfolgt die voraussichtliche Praxisaufnahme?

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

### Gebühren

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 50,00 € von meinem 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).

Wieviele Stunden werden Sie insgesamt an der Zweigpraxis tätig sein?

### Tätigkeit an der Hauptpraxis

Wieviele Stunden werden Sie insgesamt an der Hauptpraxis tätig sein?

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).

Sind Sie darüber hinaus an weiteren, bereits genehmigten Zweigpraxen tätig?

- ja (Ort und Sprechzeiten bitte auf einem gesonderten Blatt mitteilen)  
 nein

## Tätigkeit eines angestellten Arztes an der Zweigpraxis

### Daten des Angestellten

Titel, Vorname, Name

LANR

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

Fachrichtung des Angestellten

Wird der Angestellte ausschließlich an der Zweigpraxis tätig sein?

ja und zwar wie folgt:

nein, sondern insgesamt  Stunden und zwar wie folgt:

	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).

### Tätigkeit eines angestellten Arztes an der Zweigpraxis

- Jeder Vertragsarzt, der Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist und an einer Zweigpraxis tätig werden möchte, muss einen separaten Zweigpraxisantrag stellen.
- Soll ein angestellter Arzt an einer Zweigpraxis tätig werden, muss der Antrag vom Arbeitgeber (anstellender Arzt / anstellende BAG) gestellt werden.
- Sofern bei einer BAG angestellter Arzt in einer Zweigpraxis tätig werden soll, muss der Antrag von allen in der BAG tätigen Vertragsärzten gemeinsam gestellt und unterschrieben werden.

Bitte beachten Sie, dass ...

...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung für Zeiten vor der Antragstellung ist nicht möglich.

...der Antrag möglichst vier Wochen vor Beginn der beabsichtigten Aufnahme des Betriebes der Zweigpraxis gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

## Geplantes Leistungsangebot an der Zweigpraxis

**Hinweis:** Bitte beachten Sie das Informationsblatt "Genehmigung einer Zweigpraxis". 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](mailto: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:


Auf dieser Seite müssen - sofern der Antrag von einer BAG gestellt wird - alle Mitglieder der BAG unterschreiben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben
-------------------------

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben
-------------------------

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben
-------------------------

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben
-------------------------

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben
-------------------------

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben
-------------------------