

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Sachgebiet Sicherstellung  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

**Absender/Stempel**

Frau Paulus | Telefon 0761 884-4242 | Fax 0761 884-483867 | (Bezirksdirektion Reutlingen und Stuttgart)  
Frau Dineva | Telefon 0761 884-4244 | Fax 0761 884-483867 | (Bezirksdirektion Freiburg und Karlsruhe)

# Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

gemäß 24 Abs. 3 Ärzte-ZV

## 1. Angaben des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Name des MVZ

\_\_\_\_\_  
Name des Ärztlichen Leiters des MVZ

\_\_\_\_\_  
Hauptbetriebsstätte (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
BSNR

\_\_\_\_\_  
Für welche Fachrichtungen wird die Zweigpraxis beantragt?

\_\_\_\_\_  
E-Mail

## 2. Angaben zur Versorgungspräsenz an der Hauptbetriebsstätte

Welche Fachrichtungen sind im MVZ vertreten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Momentane Sprechzeiten in der Hauptbetriebsstätte  
(je Arzt und Fachrichtung – ggf. separates Blatt beifügen):**

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Ändern sich die Sprechzeiten an der Hauptbetriebsstätte nach Inbetriebnahme der Zweigpraxis?

Ja, im nachfolgend aufgeführten Umfang:  Nein

**Zukünftige Sprechzeiten in der Hauptbetriebsstätte  
(je Arzt und Fachrichtung – ggf. separates Blatt beifügen):**

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Bestehen an der Hauptbetriebsstätte Wartezeiten für die in der Zweigpraxis beantragten Leistungen?

Ja  Nein

Wenn ja, wie lange ist die Wartezeit?

---

Tage / Wochen / Monate

Verfügt das MVZ über freie Kapazitäten?

Ja  Nein

### 3. Angaben zum Leistungsangebot und der Leistungserbringung in der Zweigpraxis

Welche Leistungen nach EBM beabsichtigen Sie in der Zweigpraxis zu erbringen? (Die Aufschlüsselung der einzelnen Leistungen wird v. a. im fachärztlichen und im psychotherapeutischen Bereich benötigt.)

Text	EBM-Gebührennummern

Welche vom Zulassungsausschuss genehmigten angestellten Ärzte sollen in der geplanten Zweigpraxis eingesetzt werden?

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

Welche Sprechzeiten werden in der Zweigpraxis angeboten? (ggf. separates Blatt beifügen)

#### Sprechzeiten in der Zweigpraxis pro Vertragsarzt:

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

**Anschrift der geplanten Zweigpraxis:**

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (falls bereits vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Fax (falls bereits vorhanden)

\_\_\_\_\_  
E-Mail (falls bereits vorhanden)

**Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis:**

\_\_\_\_\_  
(Bitte berücksichtigen Sie die Bearbeitungszeit des Antrages.)

**Die Tätigkeit in der Zweigpraxis kann erst dann erfolgen, wenn Ihnen die schriftliche Genehmigung der KVBW vorliegt.**

Zusätzliche Angaben\* – z. B. Weshalb verbessert die Zweigpraxis die Versorgung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Die Angaben können gerne auf einem separaten Blatt dargelegt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift

**Der Antrag ist vom berechtigten Geschäftsführer oder dem Ärztlichen Leiter des MVZ zu unterschreiben. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und leserlich aus.**

Bitte beachten Sie, dass Abrechnungsgenehmigungen für qualitätsgesicherte Leistungen oftmals an den Ort gebunden sind. Je nach Genehmigungsart sind für Ihre Zweigpraxis neue Anträge bzw. Gerätenachweise erforderlich. Anträge, Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/](http://www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/)