

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung  
Sachgebiet 2  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

**Absender/Stempel**

Ziel und Zukunft | Telefon 0711 7875-3700 | Fax 0711 7875-483930 | [zielundzukunfti@kvbawue.de](mailto:zielundzukunfti@kvbawue.de)

# Antrag auf Gewährung einer Förderung für die Errichtung einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis

zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“

**Hiermit beantragen wir/ich**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Facharzt für

\_\_\_\_\_  
zugelassen seit

\_\_\_\_\_  
ggf. Name, Vorname des Kooperationspartners

\_\_\_\_\_  
Facharzt für

\_\_\_\_\_  
zugelassen seit

\_\_\_\_\_  
BSNR

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Korrespondenz-Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

**eine Förderung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen des Projekts  
„Ziel und Zukunft“ in**

---

Stadt/Gemeinde mit PLZ

---

im Mittelbereich

---

im Landkreis

**für die**

**Errichtung einer Nebenbetriebsstätte**                       **Errichtung einer Zweigpraxis**

**fachärztlich** /  **hausärztlich**

**Die Umsetzung der Fördermaßnahme ist voraussichtlich geplant zum**

---

Datum

**Die KVBW kann uns über meine/unsere E-Mail-Adresse für eine anonyme Online-Befragung zu Evaluationszwecken kontaktieren. Die Teilnahme an der Online-Befragung ist freiwillig.**

**Erklärung:**

Ich versichere/wir versichern, die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Mir/uns ist bewusst, dass die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Finanzmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Die KVBW prüft bei Antragstellung die aktuelle Sicherstellungssituation. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht. Die gültigen Förderbedingungen (vgl. Richtlinie der KVBW zur Förderung der Sicherstellung durch niedergelassene Vertragsärzte und angestellte Ärzte in ausgewiesenen Fördergebieten im Projekt „Ziel und Zukunft“), sind mir/uns bekannt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel

---

ggfs. weitere Unterschrift/en (bei Berufsausübungsgemeinschaften)