

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellung/Zweigpraxis | Telefon 0711 7875-3300 | Fax 0761 884-483867 | [zweigpraxis@kvbwue.de](mailto:zweigpraxis@kvbwue.de)

# 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 Ihrer 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 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				

