

I. Allgemeine Angaben

1. Hiermit beantrage ich (Arzt/Psychotherapeut)

(Name/Vorname/Facharztbezeichnung)

(Anschrift des derzeitigen Vertragsarztsitzes – Betriebsstätte –)

ab dem _____

die Genehmigung zur Errichtung einer Nebenbetriebsstätte mit dem Praxissitz in

(Anschrift der Nebenbetriebsstätte)

2. Folgende Ärzte/Psychotherapeuten werden in der Nebenbetriebsstätte tätig sein (z.B. Mitglieder der BAG)
(ggf. weitere Nennung auf der Rückseite oder einem gesonderten Blatt)

(Titel/Vorname/Name/Facharztbezeichnung)

(Titel/Vorname/Name/Facharztbezeichnung)

(Titel/Vorname/Name/Facharztbezeichnung)

3. Soll die Nebenbetriebsstätte in einer bereits bestehenden Praxis eines niedergelassenen Kollegen geführt werden?

Ja _____, Name des Kollegen _____

Nein _____ (bitte ankreuzen)

4. Mein angestellter Arzt/meine angestellte Ärztin soll ebenfalls eine Genehmigung zum Betrieb einer Nebenbetriebsstätte erhalten.

(Name des angestellten Arztes/der angestellten Ärztin)

Wird der/die Angestellte ausschließlich in der Nebenbetriebsstätte tätig? ___ (Ja) ___ (Nein)

Ggf. ergänzende Erläuterungen:

5. In der Nebenbetriebsstätte sind die Sprechstundenzeiten wie folgt vorgesehen:

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	Name des Arztes, sofern mehrere Ärzte tätig sind
Montag	_____	_____
Dienstag	_____	_____
Mittwoch	_____	_____
Donnerstag	_____	_____
Freitag	_____	_____

Die wöchentliche Tätigkeitsdauer in der Nebenbetriebsstätte ergibt insgesamt _____ Stunden.

6. Folgende Sprechstundenzeiten werden am Hauptvertragsarztsitz vorgehalten:

Wochentag	Vormittag (von – bis)	Nachmittag (von – bis)
Montag	_____	_____
Dienstag	_____	_____
Mittwoch	_____	_____
Donnerstag	_____	_____
Freitag	_____	_____

Die wöchentliche Tätigkeitsdauer am Hauptvertragsarztsitz ergibt insgesamt _____ Stunden.

7. Folgendes Leistungsspektrum soll am Ort der Nebenbetriebsstätte angeboten werden:

8. Die Versorgung der Versicherten am Ort der geplanten Nebenbetriebsstätte würde aus folgenden Gründen verbessert werden:

9. Ggf. ergänzende Erläuterungen:

10. Es wird bestätigt, dass die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes **nicht** beeinträchtigt wird:

Ja _____ Nein _____ (bitte ankreuzen)

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel des antragstellenden Arztes)

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel des antragstellenden Arztes)

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel des antragstellenden Arztes)

II. Hinweise:

1. Die Genehmigung für eine Nebenbetriebsstätte **kann** nur ausgesprochen werden, wenn gem. § 24 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)
 - die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten verbessert und
 - die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.
2. Die Genehmigung zum Betrieb einer Nebenbetriebsstätte ist nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum zu erteilen.
3. Bitte beachten Sie weiterhin, dass die Genehmigung zum Führen einer Nebenbetriebsstätte **personenbezogen** erteilt wird. Sie hat deswegen keine Gültigkeit für ggf. weitere Mitglieder Ihrer Praxis, sofern diese nachfolgend nicht genannt werden und keine Unterschrift der entsprechenden Personen erfolgt. Bei Antragstellung einer Berufsausübungsgemeinschaft ist daher der Antrag von **allen Praxismitgliedern** persönlich zu **unterschreiben**; sollte ein Vertragsarzt für seinen angestellten Arzt eine Nebenbetriebsstätte beantragen wollen, so ist Antrag vom Vertragsarzt zu stellen.
4. Jegliche Änderungen der Genehmigung (z.B. Verlegung der Nebenbetriebsstätte) sind bei der KVS rechtzeitig schriftlich zu beantragen. Beendigungen von Nebenbetriebsstätten sind der KVS schriftlich mitzuteilen.
5. Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen, die der Erteilung zu Grunde liegen, nicht mehr gegeben sind.