



Bezirksstelle Köln

Geschäftsstelle

Zulassungsausschuss

Sedanstr. 10 - 16
50668 Köln

Ansprechpartner / Ansprechpartnerin:

Frau Johanna Erpelding

Frau Susanne Jahn

Frau Justine Labuhn

Frau Brigitte Reimann

☎ 0221 7763 - 6518

☎ 0221 7763 - 6516

☎ 0221 7763 - 6512

☎ 0221 7763 - 6534

☎ 0221 7763 - 6500

☎ 0221 7763 - 6500

☎ 0221 7763 - 6500

☎ 0221 7763 - 6500

**Antrag auf Ermächtigung zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden
Zweigpraxis gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV**

Antragsteller / Antragstellerin

Titel:

Vorname, Name:

Facharzt / Fachärztin für:

Schwerpunkt:

Praxisanschrift:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Fax:

ab

Anschrift der Zweigpraxis:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Fax:

Sprechzeiten der Zweigpraxis:

Entfernung der geplanten Zweigpraxis zum Vertragsarztsitz:

_____ km, erreichbar in _____ Minuten

1. Wollen Sie in der Zweigpraxis selbst tätig werden? Ja Nein

2. Soll ein/e angestellte/r Arzt/Ärztin in der Zweigpraxis tätig werden? Ja Nein

Falls ja:

Name: _____

Fachgruppe: _____

Ist die Anstellung des/der angestellten/r Arztes/Ärztin durch den Zulassungsausschuss genehmigt worden?

Ja Nein

3. Soll die Zweigpraxistätigkeit in Praxisräumen eines bzw. mehrerer zugelassener Kollegen erfolgen?

Ja Nein

Für den Fall, dass die Zweigpraxistätigkeit in der Praxis eines oder mehrerer zugelassener Kollegen erfolgen soll, bitten wir Sie, die entsprechenden Einverständniserklärungen aller dort zugelassenen Ärzte bezüglich Ihrer beabsichtigten Zweigpraxistätigkeit in deren Praxisräumen beizufügen.

4. Folgendes Leistungsspektrum soll in der geplanten Zweigpraxis erbracht werden:

5. Was sind die Beweggründe für Ihren Antrag? Warum wird die Versorgung am Ort der geplanten Zweigpraxis verbessert?

6. Wie stellen Sie sicher, dass die Versorgung am Ort Ihres Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird?

7. Sprechstunden

a)	<u>Ihre</u> derzeitigen Sprechstundenzeiten am Vertragsarztsitz lauten wie folgt:		Die derzeitigen Sprechstundenzeiten <u>des/der angestellten Arztes/Ärztin</u> am Vertragsarztsitz lauten wie folgt:	
	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

b)	<u>Ihre</u> Sprechstundenzeiten am geplanten Ort der Zweigpraxis lauten wie folgt:		Die Sprechstundenzeiten <u>des/der angestellten Arztes/Ärztin</u> am geplanten Ort der Zweigpraxis lauten wie folgt:	
	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

8. Verfügen Sie bereits über eine genehmigte Zweigpraxis? Ja Nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die Zeiten ein, an denen Sie in der bereits genehmigten Zweigpraxis tätig sind.

b)	<u>Ihre</u> Sprechstundenzeiten in der bereits genehmigten Zweigpraxis lauten wie folgt:		Die Sprechstundenzeiten <u>des/der angestellten Arztes/Ärztin</u> in der bereits genehmigten Zweigpraxis lauten wie folgt:	
	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit	Vormittag-Uhrzeit	Nachmittag-Uhrzeit
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

9. Bestehen in Ihrer Praxis Wartezeiten bei der Terminvergabe? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Umfang und ggf. aus welchen Gründen:

Diesem Antrag ist ein Auszug aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung beizufügen.

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von € 120,-- erhoben. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig. Hinsichtlich der Überweisung der Gebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. Bitte verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.

Nach § 38 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird.

Name:

Datum:

Unterschrift, Vertragsarztstempel