

Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen gemäß 24 Abs. 5 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- Ausgelagerte Praxisräume sind Standorte in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz, an denen spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durchgeführt werden dürfen.
- Von einer räumlichen Nähe ist auszugehen, wenn der ausgelagerte Praxisraum vom Vertragsarztsitz innerhalb von höchstens 30 Minuten erreicht werden kann.
- Der Patientenerstkontakt muss am Vertragsarztsitz stattfinden.
- Ein Erstkontakt und Sprechstunden sind in den ausgelagerten Praxisräumen nicht zulässig.

Standort der ausgelagerten Praxisräume

☐ andere Vertragsarztpraxis/ anderes MVZ	NBSNR (sofern vorliegt): _____ ansonsten Adresse: _____ _____
☐ Krankenhaus	NBSNR (sofern vorliegt): _____ ansonsten Adresse: _____ _____
☐ AOP-Zentrum	NBSNR (sofern vorliegt): _____ ansonsten Adresse: _____ _____
☐ Sonstige Räume	NBSNR (sofern vorliegt): _____ ansonsten Adresse: _____ _____

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Leistungsspektrum

Genehmigungspflichtige Bereiche

☐ ambulantes Operieren

☐ Röntgen (bitte EBM-Ziffern angeben):

☐ Ultraschall (bitte EBM-Ziffern angeben):

☐ weitere Bereiche:

Bitte entsprechende EBM-Ziffern angeben:

Nicht-genehmigungspflichtige Leistungen (bitte EBM-Ziffern angeben)

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass sämtliche Änderungen die ausgelagerten Praxisräume betreffend, insbesondere

- des Leistungsspektrums,
- der Adresse und
- die Beendigung der Tätigkeit,
der KVSH umgehend mitzuteilen sind.

Unterschrift

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ