

# **ANTRAG auf Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis**

## **Antragsteller/Praxisstempel**

--

Die Zweigpraxis wird beantragt mit Wirkung ab:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Anschrift der Zweigpraxis	PLZ, Ort								
	Straße, Nr.								
Soll eine bisher bestehende Vertragspraxis als Zweigpraxis fortgeführt werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, die Praxis von _____								

## **Hinweise**

- Die Tätigkeit in einer Zweigpraxis ist grundsätzlich von den Personen persönlich durchzuführen, die auf Seite 2 aufgeführt sind.
- Jede Tätigkeit eines angestellten Arztes in der Zweigpraxis setzt zwingend eine vorherige Genehmigung der Anstellung durch den Zulassungsausschuss voraus.
- Ebenso ist bei genehmigungspflichtigen Leistungen auch für den Standort der Zweigpraxis eine vorherige Genehmigung dieser Leistung durch die Abteilung Qualitätssicherung für jeden tätigen Arzt notwendig.
- Bitte beachten Sie, dass mit der Genehmigung einer Zweigpraxis grundsätzlich keine Erhöhung des PZV verbunden ist.
- Bei Tätigkeiten in Nebenbetriebsstätten gilt, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes (z.B. Zweigpraxen, ausgelagerte Praxisstätten etc.) zeitlich insgesamt überwiegen muss.

Die Versorgung der Versicherten am Ort der Zweigpraxis würde durch die dort ausgeübte Tätigkeit aus folgenden Gründen verbessert werden:  _____  _____  _____  _____  _____  _____  _____  _____
--

## Leistungsumfang der beantragten Zweigpraxis

<b>1.</b>	<input type="checkbox"/> Die Zweigpraxis wird beantragt für das gesamte Fachgebiet: _____  ODER <input type="checkbox"/> In der Zweigpraxis soll ein eingeschränktes Leistungsspektrum angeboten werden (bitte geben Sie die entsprechenden Gebührensnummern an): _____ _____ _____ _____
<b>2.</b>	<p>Wer soll die unter 1. genannten Leistungen in der Zweigpraxis erbringen?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Antragsteller (bei BAG bitte Namen angeben _____ )</p> <p>b. <input type="checkbox"/> alle angestellten Ärzte des oben genannten Fachgebietes</p> <p>c. <input type="checkbox"/> folgende angestellte Ärzte: _____ _____ _____</p> <p><b>HINWEIS</b> Sofern ausschließlich angestellte Ärzte in der Zweigpraxis tätig werden sollen (b. oder c.) wären Sie auch bei Erkrankung eines angestellten Arztes nicht zur Leistungserbringung in der Zweigpraxis berechtigt.</p>

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel aller Antragsteller

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## **WICHTIGER HINWEIS der Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**

### **Vor Aufnahme der Tätigkeit in der Zweigpraxis im Rahmen einer Zulassung oder Anstellung bitte beachten:**

Zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist nur die Person berechtigt, der von der Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Beantragung eine Genehmigung für den Standort der Zweigpraxis erteilt worden ist. Eine Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist erst vom Tage des Zugangs des Genehmigungsbescheides an gegeben.

Die vollständige Liste finden Sie unter:

[www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) → Praxis → Downloadcenter → genehmigungspflichtige Leistungen

**Bei Rückfragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen steht Ihnen die Abteilung  
Qualitätssicherung der KVSH unter der Nummer 04551 883 262 zur Verfügung.**

- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen und werde die entsprechenden Antragsunterlagen unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) downloaden oder mich direkt mit der Abteilung Qualitätssicherung in Verbindung setzen.
- Die Liste der genehmigungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich beabsichtige jedoch keine genehmigungspflichtigen Leistungen in der Zweigpraxis zu erbringen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten, der die  
Leistungen in der Zweigpraxis erbringen soll

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes (Arbeitgeber)  
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ

\_\_\_\_\_  
**und** bei einer MVZ-GmbH Unterschrift des Geschäftsführers