

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
- Klassisches Arztregister -
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Fax: 030 / 31 003-311

Persönliche Angaben

Titel, Name, Vorname _____

Betriebsstättennummer _____

LANR _____

Vertragsarztsitz/ -psychotherapeutensitz _____

falls vorhanden Anschrift bereits ausgelagerter Praxisräume _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt /-psychotherapeut

Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt.

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt/Therapeut.

In den ausgelagerten Praxisräumen

werde ich persönlich tätig oder

wird folgender bei mir bzw. im o. g. MVZ beschäftigter Vertragsarzt/-psychotherapeut tätig:

Titel, Name, Vorname _____

LANR _____

Anschrift ausgelagerte Praxisräume

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fax: _____

Begründung für die Notwendigkeit der ausgelagerten Praxisräume

Ich/wir erkläre/n Folgendes:

- In den ausgelagerten Praxisräumen findet kein Erstkontakt mit Patienten statt.
- Die Patienten werden in die ausgelagerten Praxisräume bestellt, nachdem der Erstkontakt am Vertragsarztsitz/ -psychotherapeutensitz stattgefunden hat.
- Der ausgelagerte Praxisraum liegt **in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz**. Die Entfernung muss für Patienten zumutbar sein. Dies ist dann gewährleistet, wenn die ausgelagerten Praxisräume binnen eines Zeitraums von 30 Min. Fahrtzeit von der Hauptpraxis aus erreichbar sind. Eventuelle Ausnahmen können nur in Einzelfällen ohne Patientenkontakt unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. ausschließlich Laborleistungen) akzeptiert werden.

Entfernung/Fahrtzeit zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz:

_____ **Kilometer** _____ **Minuten**

- Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung (§ 15 Bundesmantelvertrag Ärzte bzw. § 14 Arzt-/Ersatzkassenvertrag) wird erfüllt.
- Bei ausgelagerten Praxisräumen in einer Vertragspraxis/MVZ oder Krankenhaus:
Die Räumlichkeiten sind:
 - räumlich,
 - und organisatorisch
 - personellzur Umgebung abgegrenzt. Mir ist bekannt, dass sämtliche Änderungen, insbesondere:
 - des Leistungsspektrums in den ausgelagerten Praxisräumen
 - der Adresse der ausgelagerten Praxisräume
 - der Beendigung der Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumender KV Berlin umgehend mitzuteilen sind.

Ich bestätige, dass die geforderten Voraussetzungen bzgl. ausgelagerter Praxisräume erfüllt sind.

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift