KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

per E-Mail an arztregister@kvsachsen.de

Meldeformular zur Änderung von Sprechzeiten - Hausärzte

BSNR _____ LANR _____

Name _____ Vorname _____

ggf. Nebenbetriebsstättennummer * _____

***** Bitte füllen Sie je eine Kopie für jede Betriebsstätte, an der Sie Sprechzeiten anbieten, aus.

Ärzte und Psychotherapeuten sind nach § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV verpflichtet, im Rahmen ihrer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen.

Folgender Mindestsprechstundenumfang ist zu erbringen:

Umfang des Versorgungsauftrages	Mindestsprechstunden
1,00	25,00 h/Woche
0,75	18,75 h/Woche
0,50	12,50 h/Woche
0,25	6,25 h/Woche

Zu folgenden Zeiten stehe ich regelhaft für Sprechstunden gemäß § 17 Bundesmantelvertrag-Ärzte zur Verfügung:

Wochentag	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
[ ] und nach Vereinbarung		

Zusätzlich biete ich vierzehntägig folgende Sprechstunden an:

Wochentag	von /bis	gerade Woche	ungerade Woche
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Hausbesuchszeiten gemäß § 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte

Die regelmäßigen Hausbesuchszeiten werden auf die Mindestanforderungen der Sprechzeiten gemäß § 17 BMV-Ä angerechnet. Falls Sie Ihre Sprechzeiten an verschiedenen Betriebsstätten melden, geben Sie die Hausbesuchszeiten bitte nur auf dem Rückmeldebogen zu Ihrem Vertragsarztsitz an.

Umfang pro Woche (in Stunden): _____

Weitere Ergänzungen:

_____

_____