

Arztstempel:

## Änderungsmitteilung für Ärzte der KV Sachsen

**Änderung der Wohnanschrift**

Änderung ab: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Straße*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon-Nr.*

\_\_\_\_\_  
*Fax-Nr.*

\_\_\_\_\_  
*Mail-Adresse*

**Änderung der Praxisdaten**

Änderung ab: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Telefon-Nr.*

\_\_\_\_\_  
*Fax-Nr.*

\_\_\_\_\_  
*Mail-Adresse*

**Ergänzung von Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen; Fachkunden und fakultativen Weiterbildungen**

*Nachweise* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voraussetzung für die Ergänzung im Arztregister ist die Vorlage der Urkunde bzw. des Zertifikates im **Original oder** als **amtlich beglaubigte Kopie**, die den Vorgaben gemäß SGB X § 29 entsprechen.

Der Beglaubigungsvermerk erfüllt die Bedingungen des SGB X § 29, wenn

- das Schriftstück genau bezeichnet ist
- eine genaue Übereinstimmung der Ablichtung/Kopie mit der Urschrift bestätigt wird
- die KVS als Behörde für deren Verwendung die Beglaubigung erstellt wurde, bezeichnet ist und
- Ort, Datum, Unterschrift des Mitarbeiters und Dienstsiegel der zur Beglaubigung berechtigten Behörde aufgeführt sind.

Hinweis: Das Einreichen von Unterlagen zu ergänzenden Qualifikationen berechtigt noch nicht in jedem Fall zur Abrechnung entsprechender Leistungen. Hierzu ist ggf. eine Entscheidung des Zulassungsausschusses notwendig.

**Änderung der Sprechzeiten**

Änderung ab: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie je eine Kopie dieser Seite für jeden Leistungsort, an dem Sie Sprechzeiten anbieten, aus.

Leistungsortnummer: \_\_\_\_\_

**Sprechzeiten gemäß §17 Bundesmantelvertrag-Ärzte**

Wochentag	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
und nach Vereinbarung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

**Offene Sprechstunden gemäß § 17 Abs. 1a Satz 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte**

Bitte beachten Sie, die Zeiten der offenen Sprechstunden bereits in den oben angegebenen Sprechzeiten enthalten sein müssen.

Wochentag	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

**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 Leistungsorten melden, geben Sie die Hausbesuchszeiten bitte nur auf dem Rückmeldebogen zu Ihrem Vertragsarztsitz an.

Umfang pro Woche (in Stunden): \_\_\_\_\_

**Weitere Änderungen bzw. Ergänzungen:**


---



---

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift