

Meldung Nebenbetriebsstätte Anästhesiologie

Meldepflichtig sind nur Betriebsstätten innerhalb des Bezirkes der KV Bremen. Für Zahnärzte und Betriebsstätten außerhalb des Bezirkes der KV Bremen verwenden Sie bitte immer die Ihnen zugeordnete Sammel-BSNR.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
- ☐ Angestellter Arzt

II. Angaben neue Nebenbetriebsstätte/Operationsort/Operateur/OP-Zentrum

ggf. Titel, Vorname, Name Operateur	
Vollständige Anschrift des Operationsortes	
BSNR Operateur	
LANR Operateur	
OP-Zentrum, Adresse und Kürzel	

ggf. Titel, Vorname, Name Operateur	
Vollständige Anschrift des Operationsortes	
BSNR Operateur	
LANR Operateur	
OP-Zentrum, Adresse und Kürzel	

ggf. Titel, Vorname, Name Operateur	
Vollständige Anschrift des Operationsortes	
BSNR Operateur	
LANR Operateur	
OP-Zentrum, Adresse und Kürzel	

--

Datum/Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**