

Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Betriebsstättennummer \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

■ FORMULAR

**Meldung der telefonischen Erreichbarkeit und der psychotherapeutischen Sprechstunde**

an die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz

Fax 06131 326-159  
Anschrift KV RLP | Postfach 2567 | 55015 Mainz

Praxisstempel

**1. Meldung der telefonischen Erreichbarkeit (§ 1 Absatz 8 PT-RL)**

Zu folgenden Zeiten ist meine Praxis telefonisch zur Terminkoordination erreichbar:

- Montag von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten\*  
von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten
- Dienstag von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten  
von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten
- Mittwoch von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten  
von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten
- Donnerstag von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten  
von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten
- Freitag von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten  
von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten
- Samstag von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten  
von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Minuten

insgesamt \_\_\_\_\_ Minuten/Woche\*\*

**Gesetzliche Vorgaben**

\* in Einheiten von **mindestens 25 Minuten** am Stück

\*\* bei **vollem** Versorgungsauftrag **mindestens 200 Minuten/Woche**  
bei **halbem** Versorgungsauftrag **mindestens 100 Minuten/Woche**

> weiter

> Fortsetzung

### Meldung an die KV RLP

Fax 06131 326-159

Anschrift KV RLP | Postfach 2567 | 55015 Mainz

## 2. Meldung zur psychotherapeutischen Sprechstunde

Ich biete meine psychotherapeutischen Sprechstunden in folgender Form an:

- offen                       mit Terminvereinbarung

### Gesetzliche Vorgaben

- Jede Einheit umfasst **mindestens 25 Minuten** am Stück.
- Bei einem **vollem** Versorgungsauftrag sind mindestens **100 Minuten pro Woche** zu erbringen, bei einem **halbem** Versorgungsauftrag mindestens **50 Minuten pro Woche**.
- Gemäß § 11 Absatz 4 PT-RL können Sprechstunden entweder als **offene Sprechstunde** oder als **Sprechstunde mit Terminvereinbarung** durchgeführt werden.

Betriebsstättennummer \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** der Praxisinhaberin bzw. des Praxisinhabers