

Arztstempel
-------------

**Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen oder in hausärztlichen Praxen**

Hinweis: Bitte fügen Sie diesem Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihren Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Antragsstellung erfolgt für: 

--	--

  
Name, Vorname, Titel LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab: 

--

**Nicht-ärztliches Praxispersonal**

Frau / Herr 

--

  
ist in der Praxis als nicht-ärztliche Praxisassistenz angestellt.

**Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung).

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

--

  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in