Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Genehmigungspflichtige Leistungen
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

genehmigung@kvhh.de

Arztstempel/Praxisstempel

**ANTRAG**
**auf Genehmigung zur Bildung von Schulungsgemeinschaften für:**
**- Diabetiker-Schulungen**
**- Schulungen für Patienten mit koronarer Herzkrankheit**
**- Schulungen für Patienten mit Asthma und COPD**

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen

An der Schulungsgemeinschaft nehmen nachstehend aufgeführte Ärzte teil:

**Name, Vorname**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Unterschrift bitte auf Seite 4)

Die Schulungen finden in folgenden Räumlichkeiten statt:
(bitte vollständige Adresse angeben)

_____

_____

_____

_____

**Es werden folgende Schulungen angeboten:**

☐ Schulung für Typ 2 Diabetiker ohne Insulin

☐ Schulung für Typ 2 Diabetiker mit konventioneller Insulinbehandlung

☐ Schulung für intensivierte Insulintherapie

☐ Schulung für bedarfsgerechte Insulintherapie

☐ Medias 2

☐ Medias 2 ICT

☐ Medias 2 BOT+SIT+CT

☐ Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining HyPOS

☐ Hypertonieschulung

☐ PRIMAS

☐ LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung ICT-Module

☐ LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung Typ1 - Modul Hypertonie

☐ LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung - ohne Insulintherapie

☐ INPUT

☐ Diabetes & Verhalten

☐ DisKo-Schulung

☐ SPOG-Schulung

☐ Kardio-Fit

☐ Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche

☐ Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (**AFAS**, eine Fortentwicklung bzw. Variation von
**NASA** Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker)

☐ Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronischer obstruktiver

Für die Schulungen verantwortlicher Arzt/Ärztin:

---

Als Schulungspersonal wird eingesetzt:

---

---

Der/Die Mitarbeiter ist/sind Angestellte der

☐ Schulungsgemeinschaft (bitte Arbeitsvertrag beifügen)

☐ Praxis

---

(Name, Anschrift)

☐ Es wird bestätigt, dass die Schulungen von den an der Gemeinschaft beteiligten Ärzte als **eigene Leistungen** abgerechnet werden

☐ Es wird bestätigt, dass die schulungsbedürftigen Patienten ausschließlich über die betreuenden Arztpraxen bei der Schulungsgemeinschaft angemeldet werden.

## Videoschulungen

☐ Schulungen sollen im Videoformat durchgeführt werden.

**Hinweis:** Die Voraussetzungen für Schulungen im Videoformat müssen nach den entsprechenden Verträgen erfüllt sein. Die Schulungen müssen in den Verträgen mit einem (V) versehen sein.

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- ➔ dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- ➔ dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
|---|---|---|
| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |