

| |
|-------------|
| Arztstempel |
|-------------|

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von gynäkologischen Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/ oder betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

| |
|--|
| |
|--|

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

| |
|--|
| |
| |

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Fachrichtung

| |
|--|
| |
|--|

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (arztregister@kvhh.de) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin (hausärztlich tätig)
- Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich tätig)
- Praktische Ärzte
- Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
- Kinder- und Jugendmedizin
- und habe eine mindestens einjährige Weiterbildung im Bereich Gynäkologie absolviert.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Gynäkologische Leistungen

- Empfängnisregelung**
 - Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung
 - Beratung ggf. einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung
 - Entnahme von Venenblut für den Röteln-HAH-Test im Rahmen der Empfängnisregelung

Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen

- Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau
- Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen

Qualifikationsnachweise

Nachweis über eine mindestens einjährige Weiterbildung im Bereich „Gynäkologie“

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Rechtlicher Hintergrund

Einheitlicher Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hausärztlicher Versorgungsbereich nach der Präambel Kapitel 3.1 Nr. 4 und Kapitel 4.1. Nr.6

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs.

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 Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

| | |
|--|--|
| BAG | Datum ab |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

(Name des Anstellenden)

| | |
|--|--|
| Name, Vorname des Angestellten | Anstellungsdatum |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel