Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung für die Behandlung des diabetischen Fußes

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 betriebsstättenbezogen erteilt
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche 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: _____

Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

1).....

2).....

3).....

4).....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

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

Fachliche Qualifikation

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

☐ Chirurgie

☐ Orthopädie

☐ Dermatologie

☐ andere Facharztbezeichnung

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen für Chirurgen, Orthopäden oder Dermatologen

- Vier Quartale vor Antragstellung: Nachweis von 100 behandelten Diabetikern **pro Quartal**, anhand von Patientenlisten oder durch Angabe des ICD 10 Schlüssels

Voraussetzungen für alle anderen Facharztbezeichnungen

- Vier Quartale vor Antragstellung: Nachweis von 100 behandelten Diabetikern **pro Quartal**, anhand von Patientenlisten oder durch Angabe des ICD 10 Schlüssels
- Nachweis über die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Rechtlicher Hintergrund

Einheitlicher Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Spezielle Versorgungsbereiche nach der Präambel des Kapitel 2.3 Gebührenordnung 02311 Behandlung des diabetischen Fußes.

Gebühren

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

☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen 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 Hamburg:

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

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 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. 1 der Satzung KVH

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. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

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 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	Unterschrift **Antragsteller/in**
Datum	Unterschrift **Angestellte/r**

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

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. 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 | Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners | Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners | Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners | Name in Druckbuchstaben

Praxisstempel