

E-Mail: arztregister@kvhh.de

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|-----------|
| Eintragung erfolgt | | | | | | ENR |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| Antragsprüfung am | | | | | | MA Kürzel |
| | | | | | | |
| Eintragung am | | | | | | MA Kürzel |
| | | | | | | |

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Anmeldung eines Arztes zur Tätigkeit in einer ermächtigten Einrichtung

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

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 im Internet unter:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Krankenhauses bzw. der ermächtigten Einrichtung

ggf. Name der ermächtigten Abteilung

Ärztlicher Leiter

Anschrift (Straße, Hausnr.)

PLZ

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|
| | | | | | | | | | | Hamburg |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|

Betriebstättennummer

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

Ansprechpartner

Telefon für Rückfragen

Folgender Arzt soll in der zuvor genannten ermächtigten Einrichtung tätig werden:

ACHTUNG: Eine Leistungsanrechnung von Ärzten in Weiterbildung ist im Rahmen der Institutsermächtigung **nicht** möglich (Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten sowie der Praxisnetznummern).

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Rufname(n)

Titel

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
| | | . | | . | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|

Geburtsort

Privatanschrift (Straße, Hausnr.)

PLZ

Ort

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

Tätig ab

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
| | | . | | . | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|

Geschlecht

M W D

Der zuvor genannte Arzt besitzt bereits eine lebenslange Arztnummer (LANR):

LANR

Ja

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

Nein

Die LANR wird für die Tätigkeit in einer ermächtigten Einrichtung beantragt.

Die ambulante Leistungserbringung erfolgt:

hausärztlich

oder

fachärztlich

Hinweis: Sofern Sie beabsichtigen, im Rahmen der Tätigkeit in dem ermächtigten Institut genehmigungspflichtige Leistungen zu erbringen, **beantragen Sie** die entsprechende **Genehmigung** bei der Abteilung Genehmigung der KV Hamburg. Auf unserer Internetseite www.kvhh.net finden Sie alle erforderlichen Antragsformulare für genehmigungspflichtige Leistungen.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Kopien sind ausreichend.

➔ Auszug aus dem Arztregister

wenn nicht vorhanden:

➔ Approbation als Arzt

➔ Promotion und ggf. andere Titel

➔ Anerkennung für bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz
oder Zusatzbezeichnung

➔ Erklärung, welche genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Tätigkeit in der ermächtigten
Einrichtung erbracht werden sollen (Seiten 4 und 5)

Wir versichern, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

**Uns ist bekannt, dass der angemeldete Arzt genehmigungspflichtige Leistungen erst durchführen
und abrechnen darf, wenn die Abteilung Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung
Hamburg die entsprechende Genehmigung erteilt hat (siehe Seiten 4 und 5).**

Bitte beachten: Sofern der o. g. Arzt seine Tätigkeit in der ermächtigten Einrichtung beendet, teilen Sie uns dies
bitte formlos - unter der Angabe des letzten Arbeitstages - unter arztregister@kvhh.de mit.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/Arbeitgeber

Ort und Datum

Unterschrift des tätigen Arztes/Angestellten

Erklärung über die genehmigungspflichtigen Leistungen, die im Rahmen der Tätigkeit in der ermächtigten Einrichtung erbracht werden sollen

ggf. Titel, Vorname, Name des tätigen Arztes

Ich beabsichtige, im Rahmen meiner Tätigkeit in der Einrichtung keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

Ich beabsichtige, im Rahmen meiner Tätigkeit in der Einrichtung folgende Leistungen zu erbringen, für die die Einrichtung **vor meiner Tätigkeitsaufnahme bei der KV Hamburg, Abteilung Genehmigung, eine Genehmigung beantragen** wird:

Hinweis: Die benötigten Antragsformulare finden Sie auf der Homepage der KVH (www.kvhh.de) unter „Formulare“, dort im Glossar unter dem jeweiligen Stichwort.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abklärungskoloskopie | <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene / Kinder |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fuß |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie Leistungen | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Apherese | |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe |
| <input type="checkbox"/> Außerklinische Intensivpflege (Potentialerhebung) | |
| <input type="checkbox"/> Außerklinische Intensivpflege Verordnung (Hausärzte) | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training | |
| | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen Abschnitt 32.3 EBM |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG |
| | <input type="checkbox"/> Laserverfahren des benignen Prostatasyndroms (bPS) |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie/Manuelle Medizin | <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lipödem im Stadium III |
| | |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom | <input type="checkbox"/> MRGN |
| <input type="checkbox"/> Disease-Management-Programme | |
| a) <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Neugeborenen-Screening nach Anlage 2 der Kinder-Richtlinie |
| b) <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie |
| c) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Praxisassistenten |
| d) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> NIPT Rhesus D und Trisomie 13, 18, 21 |
| e) <input type="checkbox"/> KHK | |
| f) <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Onkologie |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie | <input type="checkbox"/> Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen (Hausärzte) |
| <input type="checkbox"/> EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionsmessung |
| | |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Hand | <input type="checkbox"/> Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2) |
| | <input type="checkbox"/> Palliativmedizinische Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Versorgung | <input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich / Kinder-Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| | <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie |
| <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung | <input type="checkbox"/> Physikalisch-medizinische Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening | <input type="checkbox"/> Pneumologischer Komplex (nur für Kinderärzte) |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebsscreenings | <input type="checkbox"/> Polygraphie |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids; KIV/PrEP | <input type="checkbox"/> Polysomnographie |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson | <input type="checkbox"/> Rheuma (Zuschlag 99012) |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische u. Psychotherapeutische Komplexbehandlung | <input type="checkbox"/> Rhythmusimplantatkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie: | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrie |
| a) <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrie |
| b) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Soziotherapie |
| c) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| d) <input type="checkbox"/> Systemische Therapie | <input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger |
| <input type="checkbox"/> Qualitätszirkelanerkennung | <input type="checkbox"/> Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin |
| <input type="checkbox"/> Radiologie: | <input type="checkbox"/> Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) |
| a) <input type="checkbox"/> Computertomographie | <input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik |
| b) <input type="checkbox"/> CCTA - CT-Koronarangiographien | <input type="checkbox"/> Untersuchungen der Sprachentwicklung (Hausärzte) |
| c) <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger) |
| d) <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby) |
| e) <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung | <input type="checkbox"/> Zervix-Zytologie |
| f) <input type="checkbox"/> Konventionelles Röntgen | <input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren |
| g) <input type="checkbox"/> Mammographie | |
| h) <input type="checkbox"/> MRT: - Allgemeines MRT; - MRT der Brustdrüse; - MR Angiographie | |
| i) <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | |
| j) <input type="checkbox"/> PET-CT | |
| k) <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | |
| l) <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brust | |
| m) <input type="checkbox"/> LDR-Brachytherapie | |
| n) <input type="checkbox"/> Stereotaktische Radiochirurgie | |

Ich bin damit einverstanden, dass die Abteilung Arztregister diese Erklärung an die Abteilung Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg weiterleitet.

Ort und Datum

Unterschrift des tätigen Arztes/Angestellten

Name in Druckbuchstaben

Viele genehmigungspflichtige Leistungen setzen eine regelmäßige Überprüfung der Strukturqualität voraus. Um den für Sie entstehenden Aufwand gering zu halten, bieten wir Ihnen den automatischen Datenaustausch mit der Ärztekammer an. Ein Einreichen Ihrer themenbezogenen Nachweise über Fortbildungen, Fallkonferenzen oder Qualitätszirkel entfällt dadurch in den meisten Fällen. Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich bin mit dem Datenaustausch folgender Daten zwischen der Ärztekammer Hamburg/ Psychotherapeutenkammer Hamburg und der KV Hamburg einverstanden:
Lebenslange Arztnummer, Titel, Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Veranstaltungstitel, Veranstaltungsdatum, Veranstaltungsort, Veranstaltungspunkte

Ja Nein

Widerrufsmöglichkeit

Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit per Fax oder Mail für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen.

Ort und Datum

Unterschrift des tätigen Arztes/Angestellten