



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 von nicht insulinpflichtigen Typ II - Diabetikern
- Schulung von insulinpflichtigen Typ II - Diabetikern
- Schulung von Typ I – Diabetikern, die eine intensivierete Insulintherapie erhalten oder mit einer Insulinpumpe behandeln werden
- Schulung von Patienten mit intensivierter Insulintherapie
- Medias 2
- Medias 2 ICT
- Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining HyPOS
- Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM Typ 1
- Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III
- Schulung von Patienten, die Normalinsulin spritzen
- Hypertonieschulung
- Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
- PRIMAS
- LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung Typ1
- LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung Typ2
- Diabetes & Verhalten
- DiSko-Schulung
- SPOG-Schulung
- 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 obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (**AFBE**, eine Umbenennung von **COBRA**)

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.

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

_____	_____	_____
Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Antragsteller

_____	_____	_____
Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Angestellter

_____	_____	_____
Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Antragsteller

_____	_____	_____
Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Angestellter