

Arztstempel

Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei einer Praxisverlegung

Allgemeine Hinweise:

Im Zuge einer Praxisverlegung müssen alle betriebsstättenbezogenen Genehmigungen, die von der KV Hamburg erteilt wurden, neu bestätigt werden. Die von der KV Hamburg als betriebsstättenbezogenen Genehmigungen definierten Leistungen, finden Sie auf Seite 2. Die betreffenden Leistungen müssen lediglich auf dem Formular angekreuzt und der KV Hamburg rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit übermittelt werden. Die Übernahme der bisherigen Genehmigungen ist ausgeschlossen, wenn sich zwischenzeitlich die Genehmigungsvoraussetzungen geändert haben.

Leistungen, für die noch keine Genehmigungen erteilt wurden, können mit diesem Formular nicht beantragt werden. Hierfür sind die entsprechenden Antragsformulare unter:

www.kvhh.net → [Formulare zu finden.](#)

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, männliche als auch diverse Form verwendet

Antragsteller

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

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fachrichtung

zugelassener Arzt angestellter Arzt ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Name, Telefonnummer, E-Mail

www.kvhh.net → **Formulare**

Für folgende genehmigungspflichtigen Leistungen müssen **weitere Nachweise** eingereicht werden:

¹ Angaben zu den betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen (siehe Seite 4).

² Vordrucke sind unter www.kvhh.net → Formulare → Übernahmeantrag bei Statuswechsel abrufbar.

³ Handelt es sich um einen neuen OP-Raum, muss ein vollständiger OP-Antrag (inkl. Hygieneplan) eingereicht werden.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie ¹ | <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe ¹ |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren ³ | <input type="checkbox"/> Koloskopie ¹ |
| <input type="checkbox"/> Anästhesien | <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen (Spezial-Labor) ¹ |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie ¹ | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG ¹ |
| | <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lipödem im Stadium 3 ¹ |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie ¹ | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik ² |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag ² | <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Praxisassistenten ² |
| | <input type="checkbox"/> Onkologie (Teilnahme an Onkologie-Vereinbarung) ² |
| Disease-Management-Programme¹ | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionsmessung ¹ |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Palliativmedizinische Versorgung ² |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung ² |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie am Augenhintergrund ¹ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie ¹ |
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Polygraphie ¹ |
| <input type="checkbox"/> DMP Schulungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Rhythmusimplantat-Kontrolle ¹ |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie ¹ | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrie ² |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Versorgung ² | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie ² |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C – Strukturvertrag ² | <input type="checkbox"/> schmerztherapeutische Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie beim Hautkrebs-Screening ¹ | <input type="checkbox"/> Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ¹ |
| <input type="checkbox"/> Hyperbare Sauerstofftherapie ¹ | <input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik ¹ |

Radiologie¹

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brachytherapie (LDR) | <input type="checkbox"/> MR Angiographie |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie | <input type="checkbox"/> MRT - Allgemein |
| <input type="checkbox"/> CT-gesteuerte Intervention ² | <input type="checkbox"/> MRT - Mamma |
| <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie | <input type="checkbox"/> PET-CT |
| <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie |
| <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik | <input type="checkbox"/> Stereotaktisch Radiochirurgie |
| <input type="checkbox"/> bildwandler gestützte Intervention ² | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| <input type="checkbox"/> Durchleuchtungen | <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brust |
| <input type="checkbox"/> Mammographie | |

Betriebsstättenbezogene Anforderungen

Der Antragsteller bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die apparativen, hygienischen, personellen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen der entsprechenden Vereinbarung/Richtlinie in der Praxis erfüllt sind.

Einverständniserklärung zur Praxisbegehung

Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die jeweils zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die apparativen, hygienischen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen der entsprechenden Vereinbarung/Richtlinie in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen entsprechen. Genehmigungen können nur erteilt werden, wenn das Einverständnis vorliegt.

Rechtlicher Hintergrund

Die entsprechenden Richtlinien/Vereinbarungen und Informationen finden Sie unter:
www.kvhh.net → Formulare

Hinweise

- Genehmigungspflichtige Leistungen dürfen erst ausgeführt und abgerechnet werden, wenn die KV Hamburg entsprechende schriftliche Genehmigungen dazu erteilt hat. Leistungen, die vor dem Erhalt einer Genehmigung erbracht werden, können nicht vergütet werden.
- Die Genehmigungen werden arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt. Sollen genehmigungspflichtige Leistungen in Zweigpraxen und/oder Nebenbetriebsstätten erbracht werden, muss diese Tätigkeit vom Arztregister der KV Hamburg genehmigt worden sein.
- Apparategemeinschaften und ausgelagerte Praxisteile müssen bei der Geschäftsstelle Genehmigung gesondert angezeigt werden. Die entsprechenden Formulare finden Sie unter: www.kvhh.net → Formulare

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenene 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 die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift des Antragsteller

Name in Druckbuchstaben

Anlage zum Antrag von: _____
 Name, Vorname, Titel LANR

Genehmigungspflichtige Leistungen mit betriebsstättenbezogenen Anforderungen

Genehmigungs- pflichtige Leistungen	Standort / Betriebsstätten-Nr. Adresse	Gerätebezeichnung	Baujahr	Geräte-Nr. / Serien-Nr.	Hersteller / Vertreiber	KV-Reg.Nr. (falls vorhanden)

Hinweise:

- ➔ Bitte berücksichtigen Sie, dass die Genehmigung für betriebsstättenbezogene Leistungen erst erteilt werden kann, wenn die erforderlichen Angaben in der oben aufgeführten Tabelle gemacht wurden.
- ➔ Bei neuen Geräten ist dem Antrag ein vereinbarungs-/richtlinienkonformer Nachweis (Gerätenachweisformular bzw. Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung) beizufügen. Die Gerätenachweisformulare finden Sie unter www.kvhh.net ➔ Formulare
- ➔ Jeder, der eine Röntgeneinrichtung eigenverantwortlich verwendet oder dafür bereithält, bedarf der Genehmigung oder muss die beabsichtigte Tätigkeit bei der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Referat Strahlenschutz – anzeigen. Dies gilt auch, wenn bereits genehmigte Einrichtungen durch weitere oder andere Ärzte eigenverantwortlich verwendet werden sollen (Wechsel der Betreibers) oder bei der Behörde Gründung einer Apparategemeinschaft. In allen Fällen ist der Ärztlichen Stelle sowie der KV Hamburg eine **Anzeigebestätigung der Behörde** vorzulegen.
- ➔ **Labor:** Befindet sich das Labor nicht am Standort der eigenen Betriebsstätte bitte das Beiblatt Labor beachten. Zu finden unter: www.kvhh.net - Formulare - Übernahmeantrag - Beiblätter zum Übernahmeantrag

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.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel