

Faxnummer: 040 22802 -738

- 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 Psychotherapeuten 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
--	--	--	--	--	--	--	--	----------------

Betriebststättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Vorname(n)		Rufname(n)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Privatanschrift (Straße, Hausnr.)		PLZ	Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel		Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geschlecht		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> D	<input type="text"/>
Tätig ab		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

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

Ja Nein

LANR

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 Qualitätssicherung** 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
- ➔ Erklärung, welche genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Tätigkeit in der ermächtigten Einrichtung erbracht werden sollen (Seiten 3 und 4)

entfällt, falls der Arzt im Arztregister der KV Hamburg eingetragen ist:

- ➔ Approbation als Arzt
- ➔ Promotion und ggf. andere Titel
- ➔ Anerkennung für bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzbezeichnung

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 Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg die entsprechende Genehmigung erteilt hat.

Hinweis: 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 Qualitätssicherung, 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"/> AD(H)S | <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | |
| <input type="checkbox"/> Apherese | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Kapitel 32.3 EBM |
| | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie | |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED) | <input type="checkbox"/> MRSA |
| | <input type="checkbox"/> MRGN |
| | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag | |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom | <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Disease-Management-Programme | |
| a) <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Onkologie |
| b) <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionsmessung |
| c) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | |
| d) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| e) <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie | <input type="checkbox"/> Polygraphie |
| | <input type="checkbox"/> Polysomnographie |
| <input type="checkbox"/> EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) | <input type="checkbox"/> Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson |
| | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Hand | <input type="checkbox"/> Psychotherapie: |
| | a) <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening | b) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | c) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher Kontrolle | |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie im Rahmen des Hautkrebs-Screenings | |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids | |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene / Kinder | |
| <input type="checkbox"/> Holmium-Laser | |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | |
| <input type="checkbox"/> Hypnose | |

- Radiologie:
- a) Computertomographie
 - b) Konventionelles Röntgen
 - c) Mammographie
 - d) Interventionelles Röntgen
 - e) MRT: - Allgemeines MRT; - MRT der Brustdrüse; - MR Angiographie
 - f) Knochendichte
 - g) Nuklearmedizin
 - h) Strahlentherapie
 - i) Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

Rheuma

- Schmerztherapie
- Sozialpädiatrie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Spezielle geriatrische Diagnostik
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Substitution

- Tonsillotomie
- Ultraschalldiagnostik
- Umweltmedizin
- Vakuumbiopsie der Brust
- Zervix-Zytologie

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

Ort und Datum

Unterschrift des tätigen Arztes/Angestellten

Name in Druckbuchstaben