Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

# Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen einer Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege

**Allgemeine 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/ oder betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

## Antragsteller

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

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

## Die Antragstellung erfolgt für

| Name, Vorname | Lebenslange Arztnummer (falls vorhanden) |
|---|---|
| | |

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt ☐ Angestellter Arzt ☐ Ermächtigter Arzt

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

**Fachliche Qualifikation**

Ich bin Facharzt für _____

☐ Ich verfüge über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten und Patientinnen.

oder

☐ Hiermit erkläre ich die Absicht, mir die zuvor genannten Kompetenzen innerhalb von 6 Monaten anzueignen und der KV Hamburg nachzuweisen (informieren Sie sich hierzu im Fortbildungsportal der Kassenärztlichen Bundesverinigung).

**Rechtlicher Hintergrund**

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege - Richtlinie/ AKI-RL)

**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,

- ➔ dass zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach §§ 8 oder 9 diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Abs. 2 SGB V veröffentlicht werden. Daneben werden im Nationalen Gesundheitsportal auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser veröffentlicht, welche nach § 37c Abs.1 SGB V zur Erhebung gem. § 5 berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

| | | |
|---|---|---|
| **Datum** | **Name in Druckbuchstaben** | **Unterschrift Antragsteller** |
| **Datum** | **Name in Druckbuchstaben** | **Unterschrift Angestellter** |

# 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 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

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