

Arztstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Schulungen im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2**

**Hinweise:**

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

**Antragsteller**

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

**Die Antragstellung erfolgt für**

Name, Vorname Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

**Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_ als:**

Vertragsarzt     Angestellter Arzt     Ermächtigter Arzt     Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

## Fachliche Qualifikation

Schulungszertifikat/ -e der beantragten Schulung/ -en vom:

Arzt (1Tag)

**und**

Arzthelferin (3 Tage)

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

Wurde Ihnen bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der o. g. Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein                       ja (**Bescheid bitte beifügen**)

## Folgende Schulung/-en werden beantragt

- Schulung von nicht insulinpflichtigen Typ II Diabetikern
- Schulung von insulinpflichtigen Typ II Diabetikern
- Schulung von Patienten mit intensivierter Insulintherapie
- Medias 2
- Medias 2 ICT
- Medias 2 BOT+SIT+CT zum 01.07.2020 mit aufgenommen in den Vertrag
- Schulung von Patienten, die Normalinsulin spritzen
- Hypertonieschulung (Berger-M., Grüßer-M., Jörgens-V.)
- Hypertonieschulung (HBSP)
- Linda-Diabetesselbstmanagementschulung – Module ohne Insulin
- Linda-Diabetesselbstmanagementschulung – ICT Module
- Linda-Diabetesselbstmanagementschulung – Modul Hypertonie
- Diabetes & Verhalten
- DiSko-Schulung
- Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III
- HyPOS

## Rechtlicher Hintergrund

Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg einerseits und der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-LV Nord, der Bundesknappschaft, der IKK Hamburg, der See-Krankenkasse, dem VdAK und dem AEV e.V. andererseits geschlossenen Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms zur Verbesserung der Versorgung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern nach § 137 f SGB V auf Grundlage des § 73 a SGB V.

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen.
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingegangen ist.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## 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 <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## 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 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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Ort/Datum

---

Unterschrift **Antragsteller/in**

---

Name in Druckbuchstaben

**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/der Angestellten	Anstellungsdatum

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel