

Praxisstempel

Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils

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.

Anzeige

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Anzeige erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____ als:

Vertragsarzt

Angestellter Arzt

Ermächtigter Arzt

Institutsermächtigung

Ansprechpartner für Rückfragen

Name, Telefonnummer, E-Mail

Angaben zu dem ausgelagerten Praxisraum:

Bitte vollständige Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) angeben

- in meiner Praxis/im MVZ _____
- in der Praxis eines Kollegen _____
- in einem Krankenhaus _____
- eigener angemieteter Raum _____

Zur Bearbeitung der Anzeige werden folgende Angaben benötigt:

1. Leistungen, die in dem ausgelagerten Praxisteil erbracht werden:

(Bitte ankreuzen)

- genehmigungspflichtige Leistungen (eine Genehmigung der KVH liegt vor)
- Leistungen ohne Qualifikationsvorbehalt

(Bitte detailliert die 5-stelligen EBM-Gebührenordnungspositionen angeben – ggf. gesondertes Blatt beilegen)

GOP	Leistungsbeschreibung

2. Begründung/Erläuterung für die Auslagerung:

2. Die Entfernung und Fahrzeit zwischen Vertragsarztsitz und dem ausgelagerten Praxisteil beträgt: _____ km _____ Minuten.

4. Die Tätigkeitsaufnahme in dem ausgelagerten Praxisteil erfolgt zum: _____

Voraussetzungen

- Die Räumlichkeiten und die Ausstattung des ausgelagerten Praxisteils entsprechen den jeweiligen fachspezifischen Anforderungen.
- Ein ausgelagerter Praxisteil darf keine Anmeldung enthalten.
- In einem ausgelagerten Praxisteil dürfen keine Termine mit dem Patienten abgestimmt oder Verwaltungsaufgaben der Praxis erledigt werden.

- In einem ausgelagerten Praxisteil darf keine Sprechstunde stattfinden.
- In einem ausgelagerten Praxisteil dürfen nur die ausgelagerten Leistungen erbracht werden. Über diese ausgelagerten Leistungen hinausgehende Leistungen müssen am Praxissitz durchgeführt werden. Dies schließt Beratungsleistung ein.
- Der ausgelagerte Praxisteil darf nur mit einem Hinweisschild versehen sein (z. B. „Kernspintomographie Praxis XY“). Die Angabe von Sprechstunde o. ä. ist nicht möglich.

Es wird mit dieser Anzeige bestätigt, dass die geforderten Voraussetzungen für den ausgelagerten Praxisteil erfüllt werden.

Rechtlicher Hintergrund

Grundsätze der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zum ausgelagerten Praxisteil gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV vom 15.04.2005 in der Fassung vom 01.01.2010.

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.

Bitte beachten Sie:

Das in der Anzeige alle in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Ärzte gemeldet werden müssen. Legen Sie der Anzeige ggf. eine gesonderte Aufstellung bei.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift **Antragsteller**

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 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.

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