

Arztstempel

Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils

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

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

_____ Name, Telefonnummer, E-Mail

Angaben zum ausgelagerten Praxisraum:

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

- 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:

- genehmigungspflichtige Leistungen (für die beantragte Leistung liegt eine Genehmigung der KVH vor).

- Leistungen ohne Qualifikationsvorbehalt

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

GOP

Leistungsbeschreibung

GOP	Leistungsbeschreibung
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Begründung/Erläuterung für die Auslagerung:

3. Die Entfernung und Fahrzeit zwischen Vertragsarztsitz und dem 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.

Hinweis: 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 auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweis: 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:

_____ 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

Praxisstempel