

Arztstempel/Praxisstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen
im Rahmen der Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung nach
§ 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen
für Kinder und Jugendliche zwischen der AOK RH/HH und der KV Hamburg**

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 betriebsstättenbezogen erteilt

- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter 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

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | | |
|----|-------|--------------------------|
| 1. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. | _____ | <input type="checkbox"/> |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

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

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

Ich bin

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- hausärztlich tätiger Internist
- Praktischer Arzt / Arzt

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen:

- ➔ Nachweis eines pädiatrischen Behandlungsschwerpunkts durch Nachweis von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern in den letzten vier Abrechnungsquartalen.
- ➔ Nachweis von mindestens 25 Zertifizierungspunkten im Fach Pädiatrie im Jahr vor der Antragstellung.

Apparative Ausstattung

- Ich verfüge über ein Autorefraktometer.

Einverständniserklärung

genehmige ich

- ausdrücklich den zwischen der AOK RH/HH und der KV Hamburg geschlossenen Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

bestätige ich, dass

- mir die Ziele und Inhalte des o.g. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt sind,
- ich die notwendigen Fortbildungs- und Schulungsnachweise einmal jährlich bei der KV Hamburg vorlege,
- mir die Freiwilligkeit meiner Teilnahme bekannt ist. Ich kann meine Teilnahme unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich kündigen. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Hamburg,
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg und der AOK RH mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.
- eine gleichzeitige Teilnahme und/oder Abrechnung von Leistungen an diesen Vertrag und

Gebühren

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

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem 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

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

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

Datenschutz

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe der in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Daten (Name, Vorname, Titel, LANR, BSNR, Adresse, Telefonnummer, Facharzttitel, Datum Beginn Teilnahme, Datum Ende Teilnahme) im Teilnehmerverzeichnis durch die KV Hamburg an die AOK Rheinland/Hamburg zur Information von teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten und der Veröffentlichung der Daten in einem Verzeichnis im Internetauftritt der AOK Rheinland/Hamburg und der KVH.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, ein gesondertes Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Hinweis;

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 Antragsingang 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.

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
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

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.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel