

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Arztstempel

**Meldung einer Operationsraumeinrichtung  
(nur für Anästhesisten)**

**Die Meldung erfolgt für mich persönlich** (nicht für Angestellte)

Name, Vorname Niederlassungsdatum

.....

Fachrichtung

.....

Ich habe eine Ermächtigung seit/ab.....

**Die Meldung erfolgt für eine(n) Angestellte(n)**

Name, Vorname des/der Antragstellers/-in Niederlassungsdatum

.....

Fachrichtung

.....

Name, Vorname des/der Angestellten Anstellungsdatum

.....

Fachrichtung

.....

Die Leistungen werden an folgendem **Standort erbracht:**

.....

.....

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

Die Anästhesien werden in folgender Operationseinrichtung durchgeführt:

(Bitte Namen und Anschrift angeben)

- in meiner Praxis/im MVZ
- in der Nebenbetriebsstätte (Filiale) \_\_\_\_\_
- in der Praxis eines Kollegen \_\_\_\_\_
- in einem Krankenhaus \_\_\_\_\_
- in einem OP-Zentrum \_\_\_\_\_

### Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die Anforderungen an die Praxisausstattung nach § 6 erfüllt sind.

Es sind folgende Nachweise beizufügen: (entfällt bei Mitbenutzung)

- Bauplan (Bauskizze der Praxis)
- Hygieneplan

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen, organisatorischen, hygienischen und apparativtechnischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

### Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 1. Dezember 2011.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller/in**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Angestellte/r**

**Bestätigung des OP-Betreibers ( nur bei Mitbenutzung erforderlich)**

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herrn \_\_\_\_\_ unsere OP-Raum  
Einrichtung für die Durchführung von ambulanten Anästhesien zur Verfügung steht.

Es wird versichert, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen  
Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2  
SGB V zum ambulanten Operieren erfüllt sind.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Stempel und Unterschrift  
des OP-Betreibers**