

Arztstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen
im Rahmen der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der
Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen
beschützenden Einrichtungen oder in hausärztlichen Praxen**

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

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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?

Die Anstellung erfolgt für die nichtärztliche Praxisassistentenz

Name, Vorname: _____

Die nichtärztliche Praxisassistentenz wird in der Praxis beschäftigt seit _____

Umfang der Beschäftigung:

- Vollzeit
- Teilzeit - Anzahl der Stunden in der Woche _____

Qualifikationsnachweise der Praxis

Voraussetzungen

Die Praxis muss in den letzten Quartalen:

- ➔ durchschnittlich mindestens 700 Fälle je Hausarzt (mit voller Zulassung) und Quartal behandelt haben (bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 521 je weiterem Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang)

oder

- ➔ in den letzten vier Quartalen im Durchschnitt mindestens 120 Fälle je Hausarzt und Quartal bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind, behandelt haben (bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 80 Fälle je weiterem Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang).

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Fachliche Qualifikation der nichtärztlichen Praxisassistentenz

- qualifizierter Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten / Arzthelfer oder dem Krankenpflegegesetz
- nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis
- Zusatzqualifikation (NäPa – Zertifikat oder VERAH Zertifikate) gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte
- Nachweis über mindestens 20 Hausbesuche (ärztliche Bescheinigung reicht aus)

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Einheitlicher Bewertungsmaßstab Kapitel 3.2.1.2 sowie die Präambel 38.1

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 ein

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

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.

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 Antragseingang 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

(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