Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen

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 folgende Pflegeeinrichtung(en):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

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

Fachliche Qualifikation

☐ Ich bin Facharzt für _____

Qualifikationsnachweise

☐ Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V liegt bei

☐ Hiermit bestätige ich, dass es sich um eine stationäre Pflegeeinrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI i. V. m. § 72 Abs. 1 SGB XI oder um ein stationäres Hospiz nach § 39a SGB V handelt

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 Bundesmantelvertrag)

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechungsgenehmigung, 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: DAAEDEDDXXX
  Vermerk: Pflegeheimversorgung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie, dass Ihr Antrag erst bearbeit 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 Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung der 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 genehmigungsplichtigen 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

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel