

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

**Beiblatt zur Meldung auf Übernahme
einer OP-Raumeinrichtung für Anästhesisten**

Hinweis: Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Antragstellung erfolgt für: _____ LANR: _____
Name, Vorname, Titel

Die Anästhesien werden in folgender (n) Operationseinrichtung* (en) 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 _____

Handelt es sich um einen neuen OP-Saal, muss ein vollständiger OP-Antrag (inkl. Hygieneplan) eingereicht werden.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Antragsteller/in