

Arztstempel
-------------

## Meldung einer Operationsraumeinrichtung (nur für Anästhesisten)

### Allgemeine Hinweise:

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

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

Name, Vorname

Niederlassungsdatum

--	--

Fachrichtung

--

Ich habe eine Ermächtigung seit/ab \_\_\_\_\_

### Die Meldung erfolgt für einen Angestellten

Name, Vorname des Antragstellers

Niederlassungsdatum

--	--

Fachrichtung

--

Name, Vorname des Antragstellers

Anstellungsdatum

--	--

Fachrichtung

--

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

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

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 Operationen 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 \_\_\_\_\_

### **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**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

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

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Angestellter**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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

3