Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel/Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Liposuktion bei Lipödem

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 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?

Fachliche Qualifikation

- ☐ Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- ☐ andere Fachärzte des Gebiets Chirurgie
- ☐ Fachärzte für Haut und Geschlechtskrankheiten
- ☐ andere operativen Facharztgruppen

☐ Ich bin Facharzt für _____

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

☐ Nachweis über die selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen

oder

☐ Zeugnis über die Durchführung der Liposuktion bei Lipödem unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders* in 20 oder mehr Fällen innerhalb von zwei Jahren im Falle der Neuanwendung
(*Anwender, die die Liposuktion beim Lipödem in 50 oder mehr Fällen selbstständig durchgeführt haben.)

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise (Zeugnisse/ OP-Berichte in Kopie) sind dem Antrag beizufügen.

Anforderung an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die Anforderungen an die Praxisausstattung und die Vorgaben zur Hygiene erfüllt sind.

Die Leistungen werden ambulant oder belegärztlich durchgeführt:

☐ ambulant
☐ Genehmigung zum ambulanten Operieren liegt vor/wurde beantragt.

☐ belegärztlich
☐ Belegarztgenehmigung liegt vor/wurde beantragt

Gewährleistung der Notfallversorgung

☐ Ich bestätige, dass im Bedarfsfall eine Notfallversorgung der Patienten in meinen Praxisräumlichkeiten nach § 5 (6) QS-RL Lipödem gewährleistet ist.

☐ Ich bestätige, dass im Bedarfsfall die Notfallversorgung der Patienten mit einer kooperierenden intensivmedizinischen Einrichtung § 5 (7) QS-RL Lipödem gewährleistet ist.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen, hygienischen und apparativtechnischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungssicherungsmaßnahmen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zur Durchführung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III

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

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDDXXX
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 Hompage. 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.
- ➔ dieser Antrag ist gebührenpflichtig

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	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