

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Praxisstempel

**Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung  
zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen**

**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 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 \_\_\_\_\_

**Handelt es sich um einen neuen OP-Raum, 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**