

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 Qualitätssicherungssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum
ambulanten Operieren.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:
