

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

## Antrag auf Teilnahme am Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

### 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:**

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

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

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei

### **Mein Antrag gilt für unten aufgeführten Verträge:**

- BKK Landesverband Nord
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Knappschaft
- AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
- IKK-classic

### **Fachliche Qualifikation**

- Ich bin Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
  - ➔ Nachweis über die Versorgung von mind. 50 Kindern oder Jugendlichen\* mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF= Mukoviszidose; ICD E 84,- G).  
(\*Kassenpatienten sowie Privatpatienten)
  
- Ich bin Facharzt für Innere Medizin
  - ➔ Nachweis über die Versorgung von mind. 50 Erwachsenen\* mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF= Mukoviszidose; ICD E 84,- G).  
(\*Kassenpatienten sowie Privatpatienten)
  
- Kombinierte Versorgung von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen
  - ➔ Nachweis über die Versorgung von mind. 35 Kindern und Jugendlichen\* und mind. 35 Erwachsenen\* mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF= Mukoviszidose ; ICD E 84,- G).  
(\*Kassenpatienten sowie Privatpatienten)

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

## **Personelle Anforderungen**

### **Multidisziplinäres Team:**

- mind. 1 Arzt der die "Therapie-Erfahrung" von mindestens 100 Patientenjahren (Produkt von Zahl aus der selbst betreuten Patienten und Dauer der Betreuung in Jahren) besitzt
- Psychosozialer Dienst z.B. Sozialarbeiter
- Psychologe und/oder Sozialpädagoge
- Physiotherapeut
- Ernährungsberater
- Spezialisierter Pflegedienst oder Arzthelfer

## **Einverständniserklärung**

- Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich die im Versorgungsauftrag nach § 4 der Vereinbarung vorgegebenen medizinisch-technischen Voraussetzungen in meiner Praxis vorhalte und die im Versorgungsauftrag nach § 4 der Vereinbarung vorgegebenen medizinisch-technischen Voraussetzungen durch einen Kooperationspartner sichergestellt werden.
- Mir sind die Ziele und Inhalte des o. a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

## **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarungen zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren 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 ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
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 Verwaltungstätigkeiten 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 Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## 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 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

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
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
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. 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