

Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei einer Praxisverlegung

Allgemeine Hinweise:

Im Zuge einer Zulassung als Arzt können alle bisherigen Genehmigungen, die von der KV Hamburg erteilt wurden, übernommen werden. Die betreffenden Leistungen müssen lediglich auf dem Formular angekreuzt und der KV Hamburg rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit übermittelt werden.

Die Übernahme der bisherigen Genehmigungen ist ausgeschlossen, wenn sich zwischenzeitlich die Genehmigungsvoraussetzungen geändert haben, das Anstellungsfachgebiet oder die Versorgungsebene (hausärztlich/fachärztlich) gewechselt wird.

Leistungen, für die noch keine Genehmigungen erteilt wurden, können mit diesem Formular nicht beantragt werden. Hierfür sind die entsprechenden Antragsformulare unter:

www.kvhh.net - Formulare zu finden.

Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt. Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Antragsteller

Name vom Arzt

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Fachrichtung

zugelassener Arzt

ermächtigter Arzt

Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name, Telefonnummer, E-Mail

Für folgende genehmigungspflichtigen Leistungen müssen weitere Nachweise eingereicht werden:

- Abklärungskoloskopie¹
- Ambulantes Operieren^{1,3}
 - Anästhesien¹
- Arthroskopie¹
- ATMP⁴
- Balneophototherapie¹
- Dialyse und Versorgungsauftrag²
- Disease-Management-Programme¹**
 - Asthma Schulung
 - COPD Schulung
 - Brustkrebs
 - Diabetes mellitus Typ 1 Schulung
 - Diabetes mellitus Typ 2 Schulung
 - KHK Schulung
 - Osteoporose Schulung
 - DMP Schulungsgemeinschaft
- Dünndarm-Kapselendoskopie¹
- Geriatrische Versorgung²
- Hyperbare Sauerstofftherapie¹
- Intravitreale Medikamenteneingabe¹
- Koloskopie¹
- Laboruntersuchungen (Spezial-Labor)¹
- Langzeit-EKG¹
- Liposuktion bei Lipödem im Stadium III¹
- Molekulargenetik²
- Nicht-ärztliche-Praxisassistenten²
- Onkologie (Teilnahme an der Onkologievereinbarung)²
- Otoakustische Emissionen¹
- Palliativmedizinische Versorgung²
- Pflegeheimversorgung²
- Photodynamische Therapie am Augenhintergrund¹
- Phototherapeutische Keratektomie¹
- Polygraphie¹ Polysomnographie¹
- Rhythmusimplantat-Kontrolle¹
- Sozialpsychiatrie¹
- Schmerztherapie²
 - schmerztherapeutische Einrichtung
- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz¹
- Ultraschalldiagnostik¹

Radiologie¹

- Brachytherapie (LDR)
- Computertomographie
 - CT-gesteuerte Intervention²
- CCTA (CT-Koronarangiographie)
- Interventionelle Radiologie
- Invasive Kardiologie
- Knochendichtemessung
- Mammographie
- MR Angiographie
- MRT - Allgemein
- MRT - Mamma
- Nuklearmedizin
- PET-CT
- Röntgendiagnostik
 - bildwandlergestützte Intervention²
 - Durchleuchtungen
- Strahlentherapie
 - Stereotaktische Radiochirurgie
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Vakuumbiopsie der Brust

¹ Angaben zu den betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen (s. Seite 4)

² Vordrucke sind unter www.kvhh.net - Formulare - Übernahmeantrag bei Statuswechsel - Beiblätter abrufbar

³ Handelt es sich um einen neuen OP-Raum, muss ein vollst. OP-Antrag (inkl. Hygieneplan) eingereicht werden.

⁴ Für diesen Leistungsbereich ist grundsätzlich ein erneuter Antrag bzw. eine erneute Anzeige zu stellen.

Betriebsstättenbezogene Anforderungen

Der Antragssteller bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die apparativen, hygienischen, personellen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen der entsprechenden Vereinbarung/Richtlinie in der Praxis erfüllt sind.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die apparativen, hygienischen, personellen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen der entsprechenden Vereinbarung/Richtlinie in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen entsprechen. Genehmigungen können nur erteilt werden, wenn das Einverständnis vorliegt.
- die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KV Hamburg Unterlagen, die für die Bearbeitung relevant sind, aus dem Arztregister, aus dem Zulassungsausschuss sowie von der Ärztlichen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Hamburg zur Bearbeitung heranziehen dürfen.

Rechtlicher Hintergrund

Die entsprechenden Richtlinien/Vereinbarungen und Informationen finden Sie unter:
www.kvhh.net - Formulare

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
- dass Apparatgemeinschaften und ausgelagerte Praxisteile bei der Abteilung Genehmigung gesondert angezeigt werden müssen. Die entsprechenden Formulare finden Sie unter: www.kvhh.net - Formulare
- dass für Leistungen am Standort einer Zweigpraxis zusätzlich Angaben über Beginn und Umfang der Tätigkeit beim Arztregister der KV Hamburg erforderlich sind (arztregister@kvhh.de).

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gem. 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 die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040/ 22 802 802.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Antragssteller

Name in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift Angestellter

Name in Druckbuchstaben

Anlage zum Antrag von:

Name, Vorname, Titel

LANR

Genehmigungspflichtige Leistungen mit betriebsstättenbezogenen Anforderungen

Genehmigungspflichtige Leistungen	Standort / Betriebsstätten-Nr. Adresse	Gerätebezeichnung	Baujahr	Geräte-Nr. / Serien-Nr.	Hersteller / Vertreiber	KV-Reg-Nr. (falls vorhanden)

Hinweise

- Bitte berücksichtigen Sie, dass die Genehmigung für betriebsstättenbezogene Leistungen erst erteilt werden kann, wenn die erforderlichen Angaben in der oben aufgeführten Tabelle gemacht wurden.
- Bei neuen Geräten ist dem Antrag ein vereinbarungs-/richtlinienkonformer Nachweis (Gerätenachweisformular bzw. Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung) beizufügen. Die Gerätenachweisformulare finden Sie unter : www.kvhh.net - Formulare
- Jeder, der eine Röntgeneinrichtung eigenverantwortlich verwendet oder bereithält, bedarf der Genehmigung und muss die beabsichtigte Tätigkeit und das verwendete Gerät bei der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - Referat Strahlenschutz - anzeigen. Dies gilt auch, wenn bereits genehmigte Geräte durch weitere oder andere Ärzte eigenverantwortlich verwendet werden sollen (Wechsel der Betreibers, bei der Gründung einer Apparategemeinschaft oder bei der Verlegung des Standorts). In allen Fällen ist die verwendete Röntgeneinrichtung der Ärztlichen Stelle zu melden. Der KV Hamburg ist eine **Anzeigebestätigung der Behörde** vorzulegen.

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.

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

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