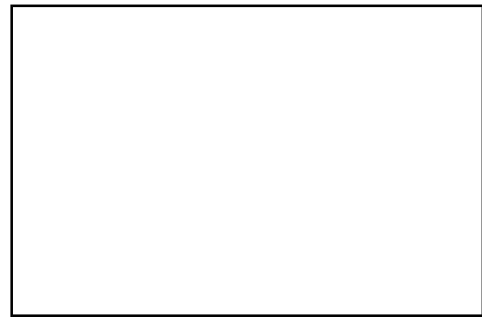


Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



ggf. Praxisstempel

Antrag auf Ermächtigung

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Vertragspsychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) verstanden.

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 im Internet unter: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Antragstellers

Titel, Vorname, Name

Die Ermächtigung wird beantragt im Fachgebiet:

Es handelt sich um einen:

Hinweis: Die **Urkunden** sind der Geschäftsstelle **zur Einsichtnahme im Original vorzulegen**, in Ausnahmefällen auch amtl. beglaubigte Abschriften. Die Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

Neuantrag

Dem im Original einzureichenden Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:

Sofern Sie in einem Arztregister eingetragen sind:

➔ Arztregistrauszug

Sofern Sie nicht in einem Arztregister eingetragen sind:

➔ Geburts- bzw. Einbürgerungsurkunde

➔ ggf. Urkunde über die Änderung des Familiennamens (z. B. Heiratsurkunde)

➔ Approbation als Arzt

➔ Promotion und ggf. andere Titel

➔ Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzbezeichnung

➔ Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztl. Berufs nicht entgegenstehen (Seite 4)

➔ Erklärung, welche genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen (Seiten 6 und 7)

➔ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes im Sinne des § 95e SGB V ergibt

Von Krankenhausärzten sind folgende Unterlagen zusätzlich einzureichen:

- ➔ formlose Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers für die Durchführung der beantragten ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit (**die Erklärung ist vom Arbeitgeber zu unterschreiben**)
- ➔ Bescheinigung des Arbeitgebers, aus der der Beschäftigungsumfang (Std./Woche) des Krankenhausarztes **für die Patientenversorgung** hervorgeht (Seite 6)

Folgeantrag nach Fristablauf meiner Ermächtigung

Diesem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

- ➔ Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztl. Berufs nicht entgegenstehen (Seite 5)
- ➔ Erklärung, welche genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen (Seiten 7 und 8)

Von Krankenhausärzten sind folgende Unterlagen zusätzlich einzureichen:

- ➔ formlose Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers für die Durchführung der beantragten ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit (**die Erklärung ist vom Arbeitgeber zu unterschreiben**)
- ➔ Bescheinigung des Arbeitgebers, aus der der Beschäftigungsumfang (Std./Woche) des Krankenhausarztes **für die Patientenversorgung** hervorgeht (Seite 6)

Bitte fügen Sie diesem Antrag Ihre schriftlichen Ausführungen zu den folgenden Punkten 1. und 2. im Original bei:

Hinweis: Erforderlich sowohl bei Neu- als auch bei Folgeanträgen!

1. - Beantragter Ermächtigungsumfang

Spezifizieren Sie genau, für welche Leistungen Sie ermächtigt werden wollen.

Beachten Sie dabei, dass Sie im Falle einer festgestellten Versorgungslücke in der Regel nur auf Überweisung durch Vertragsärzte tätig werden können.

- Für welchen Überweiserkreis soll Ihre Ermächtigung gelten?

- Sofern Kinder und Jugendliche versorgt werden, Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Neugeborene bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- Säuglinge ab Beginn des 29. Lebensstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
- Kleinkinder ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kinder ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendliche ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

2. Begründung des besonderen Versorgungsbedarfs

Warum ist die von Ihnen beantragte Ermächtigung unerlässlich, um die Versorgung der Patienten mit den von Ihnen beantragten Leistungen sicherzustellen?

Persönliche Daten des Antragstellers

Familiename

Vorname(n)

Privatanschrift

ggf. Titel

Geburtsdatum

	.		.				

Staatsangehörigkeit

Telefon privat

E-Mail privat

Geburtsname

Rufname(n)

PLZ

Ort

Geburtsort

Geschlecht

M W D

Mobiltelefon

Fax privat

Vertragsärztliche Tätigkeit

Haben Sie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen?

- ja, ich bin **zurzeit** tätig als ja, ich war in der **Vergangenheit** tätig als nein
- zugelassener Vertragsarzt zugelassener Vertragsarzt
- als ermächtigter Arzt als ermächtigter Arzt
- als angestellter Arzt als angestellter Arzt

Datum ab

	.		.				

Datum bis

	.		.				

LANR (falls vorhanden)

Bitte geben Sie den Ort des Vertragssitzes an:

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

- Ich nehme nicht an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V teil.
- Ich bin Mitglied in folgenden ASV-Teams:

Mir ist bekannt, dass ich alle genehmigungspflichtigen Leistungen (s. Seite 6 und 7) erst ab dem Tag erbringen und abrechnen darf,

- ➔ an dem ich die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Ermächtigung) durch den Zulassungsausschuss erhalten habe und
- ➔ an dem mir für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KV Hamburg zugegangen ist.

Erklärung

Ich versichere die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben

Gebühren

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Ärzte-ZV erhoben, die mit Stellung des Antrags fällig wird. Bitte überweisen Sie die Gebühr auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "EA (ggf. Titel) VORNAME NAME"

Bitte beachten Sie: Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck angeben.

Bei Erteilung der Ermächtigung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhoben. Sollten Sie noch kein oder ein nicht ausreichend gedecktes Honorarkonto bei der KVH haben, erhalten Sie nach erteilter Ermächtigung eine Zahlungsaufforderung.

Sofern ich bereits ein Honorarkonto bei der KVH habe, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die nach erfolgter Ermächtigung an den Zulassungsausschuss zu zahlende Gebühr von 400,00 € von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift

Empfehlung: Informieren Sie sich vor Antragstellung in der Abteilung Mitgliederservice und Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter der Telefonnummer 040/22 80 2-802 über mögliche Auswirkungen auf Ihr Honorar.

Vorgeschriebene Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV

(ggf. Titel) Vorname Name

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und es auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ort und Datum

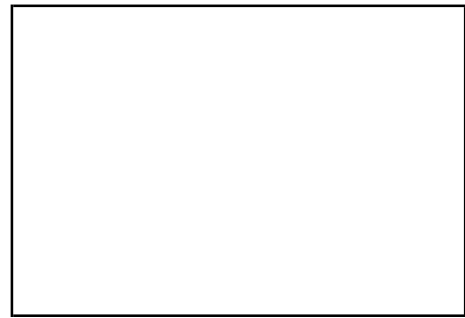
Unterschrift

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein Ermittlungs-, Straf- und/oder berufsgewichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort und Datum

Unterschrift

Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Stempel des Krankenhauses

Bescheinigung des Arbeitgebers zum Beschäftigungsumfang des angestellten Krankenhausarztes

Hinweis: Nicht erforderlich bei einer Ermächtigung für die ausschließliche Planung der Geburtsleitung

Herr / Frau

(Name Antragsteller Ermächtigung)

ist in unserem Hause mit Stunden pro Woche für die Patientenversorgung (ohne Einbeziehung von ausschließlich beratenden, lehrenden und administrativen Tätigkeiten) angestellt.

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

Name in Druckbuchstaben

ACHTUNG:

Dies ist nicht die Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers!
(siehe Seite 2)

Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Erklärung über die genehmigungspflichtigen Leistungen, die im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen
(nur auszufüllen bei erstmaliger Beantragung einer Ermächtigung)

Ich beabsichtige, im Rahmen der beantragten Ermächtigung keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

Ich beabsichtige, im Rahmen der beantragten Ermächtigung folgende Leistungen zu erbringen, für die ich **vor** Erteilung der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss **bei der KV Hamburg, Abteilung Genehmigung, eine Genehmigung beantragen** werde:

Hinweis: Die benötigten Antragsformulare finden Sie auf der Homepage der KVH (www.kvhh.de) unter „Formulare“, dort im Glossar unter dem jeweiligen Stichwort.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie | <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening (über 35 Jahre) |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebs-Screenings |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie Leistungen | <input type="checkbox"/> HIV/Aids; HIV/PrEP |
| <input type="checkbox"/> Apherese | <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene/Kinder |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> ATMP | <input type="checkbox"/> Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fuß |
| <input type="checkbox"/> Ausserklinische Intensivpflege (Potenzialerhebung) | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Ausserklinische Intensivpflege Verordnung (Hausärzte) | <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training | |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> CAR-T-Zell-Therapie-Nachsorge | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM) |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie/Manuelle Medizin | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie | <input type="checkbox"/> Laserverfahren des benignen Prostatasyndroms (bPS) |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag | <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lipödem |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik |
| <input type="checkbox"/> Disease-Management-Programme | <input type="checkbox"/> MRSA |
| a) <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Neugeborenen-Screening nach Anlage 2 der Kinder-Richtlinie |
| b) <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie |
| c) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Praxisassistenten |
| d) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> NIPT Rhesus D und Trisomie 13, 18, 21 |
| e) <input type="checkbox"/> KHK | |
| f) <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie | |
| <input type="checkbox"/> EMDR | |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Hand | |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Versorgung | |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich / Kinder- und Jugendmedizin | |

- Onkologie
- Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen (Hausärzte)
- Otoakustische Emissionsmessung

- Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2)
- Palliativmedizinische Versorgung
- Pflegeheimversorgung
- Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- Phototherapeutische Keratektomie
- Physikalisch-medizinische Leistungen
- Pneumologischer Komplex (belegärztl. Kinderärzte)
- Polygraphie
- Polysomnographie
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Psychiatrische und Psychotherapeutische Komplexbehandlung
- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychotherapie:
 - a) Analytische Psychotherapie
 - b) Systemische Therapie
 - c) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - d) Verhaltenstherapie

- Qualitätszirkelerkennung

- Radiologie:
 - a) CCTA - CT-Koronarangiographien
 - b) Computertomographie
 - c) Interventionelle Radiologie
 - d) Invasive Kardiologie
 - e) Knochendichtemessung
 - f) Konventionelles Röntgen
 - g) LDR-Brachytherapie
 - h) Mammographie
 - i) MRT: - Allgemeines MRT; - MRT der Brustdrüse; - MR Angiographie

- j) Nuklearmedizin
- k) PET-CT
- l) Stereotaktische Radiochirurgie
- m) Strahlentherapie
- n) Vakuumbiopsie der Brust

- Rhythmusimplantatkontrolle
- Schmerztherapie
- Sozialpädiatrie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger

- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ)
- Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

- Ultraschalldiagnostik
- Untersuchungen der Sprachentwicklung (Hausärzte)

- Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger)
- Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)

- Zervix-Zytologie
- Zweitmeinungsverfahren

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses diese Erklärung an die Abteilung Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg weiterleitet und diese dem Zulassungsausschuss eine Kopie meines Genehmigungsbescheides übersendet.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben