

E-Mail: arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Eintragung erfolgt						ENR
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Antragsprüfung am						MA Kürzel
Eintragung am						MA Kürzel

Anmeldung eines Arztes zur Tätigkeit in einer ermächtigten Einrichtung

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie 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/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Krankenhauses bzw. der ermächtigten Einrichtung

ggf. Name der ermächtigten Abteilung

Ärztlicher Leiter

Anschrift (Straße, Hausnr.)

PLZ

										Hamburg
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------

Betriebstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ansprechpartner

Telefon für Rückfragen

Folgender Arzt soll in der zuvor genannten ermächtigten Einrichtung tätig werden:

ACHTUNG: Eine Leistungsanrechnung von Ärzten in Weiterbildung ist im Rahmen der Institutsermächtigung **nicht** möglich (Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten sowie der Praxisnetznummern).

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Rufname(n)

Titel

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Geburtsort

Privatanschrift (Straße, Hausnr.)

PLZ

--	--	--	--	--	--

Ort

Tätig ab

		.			.		
--	--	---	--	--	---	--	--

Geschlecht

M W D

Der zuvor genannte Arzt besitzt bereits eine lebenslange Arztnummer (LANR):

LANR

Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nein

Die LANR wird für die Tätigkeit in einer ermächtigten Einrichtung beantragt.

Die ambulante Leistungserbringung erfolgt:

hausärztlich

oder

fachärztlich

Hinweis: Sofern Sie beabsichtigen, im Rahmen der Tätigkeit in dem ermächtigten Institut genehmigungspflichtige Leistungen zu erbringen, **beantragen Sie** die entsprechende **Genehmigung** bei der Abteilung Genehmigung der KV Hamburg. Auf unserer Internetseite www.kvvh.net finden Sie alle erforderlichen Antragsformulare für genehmigungspflichtige Leistungen.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Kopien sind ausreichend.

➔ Auszug aus dem Arztregister

wenn nicht vorhanden:

➔ Approbation als Arzt

➔ Promotion und ggf. andere Titel

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

➔ Erklärung, welche genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Tätigkeit in der ermächtigten Einrichtung erbracht werden sollen (Seiten 4 und 5)

Wir versichern, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Uns ist bekannt, dass der angemeldete Arzt genehmigungspflichtige Leistungen erst durchführen und abrechnen darf, wenn die Abteilung Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg die entsprechende Genehmigung erteilt hat (siehe Seiten 4 und 5).

Bitte beachten: Sofern der o. g. Arzt seine Tätigkeit in der ermächtigten Einrichtung beendet, teilen Sie uns dies bitte formlos - unter der Angabe des letzten Arbeitstages - unter arztregister@kvhh.de mit.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/Arbeitgeber

Ort und Datum

Unterschrift des tätigen Arztes/Angestellten

Erklärung über die genehmigungspflichtigen Leistungen, die im Rahmen der Tätigkeit in der ermächtigten Einrichtung erbracht werden sollen

ggf. Titel, Vorname, Name des tätigen Arztes

Ich beabsichtige, im Rahmen meiner Tätigkeit in der Einrichtung keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

Ich beabsichtige, im Rahmen meiner Tätigkeit in der Einrichtung folgende Leistungen zu erbringen, für die die Einrichtung **vor meiner Tätigkeitsaufnahme bei der KV Hamburg, Abteilung Genehmigung, eine Genehmigung beantragen** wird:

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"/> Abklärungskoloskopie | <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene / Kinder |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fuß |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie Leistungen | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Apherese | |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe |
| <input type="checkbox"/> Außerklinische Intensivpflege (Potentialerhebung) | |
| <input type="checkbox"/> Außerklinische Intensivpflege Verordnung (Hausärzte) | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training | |
| | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen Abschnitt 32.3 EBM |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG |
| | <input type="checkbox"/> Laserverfahren des benignen Prostatasyndroms (bPS) |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie/Manuelle Medizin | <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lipödem im Stadium III |
| | |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom | <input type="checkbox"/> MRGN |
| <input type="checkbox"/> Disease-Management-Programme | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| a) <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | |
| b) <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Neugeborenen-Screening nach Anlage 2
der Kinder-Richtlinie |
| c) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie |
| d) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Praxisassistenten |
| e) <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> NIPT Rhesus D und Trisomie 13, 18, 21 |
| f) <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie | <input type="checkbox"/> Onkologie |
| | <input type="checkbox"/> Orientierende entwicklungsneurologische
Untersuchung eines Neugeborenen (Hausärzte) |
| <input type="checkbox"/> EMDR (Eye-Movement-Desensitization
and Reprocessing) | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionsmessung |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Hand | |
| | <input type="checkbox"/> Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2) |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Versorgung | <input type="checkbox"/> Palliativmedizinische Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen
Versorgungsbereich / Kinder-Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung |
| | <input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung | <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening | <input type="checkbox"/> Physikalisch-medizinische Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebscreenings | <input type="checkbox"/> Pneumologischer Komplex (nur für Kinderärzte) |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids; KIV/PrEP | <input type="checkbox"/> Polygraphie |
| | <input type="checkbox"/> Polysomnographie |

- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Psychiatrische u. Psychotherapeutische Komplexbehandlung
- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychotherapie:
 - a) Verhaltenstherapie
 - b) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - c) Analytische Psychotherapie
 - d) Systemische Therapie
- Qualitätszirkelanerkennung
- Radiologie:
 - a) Computertomographie
 - b) Interventionelle Radiologie
 - c) Invasive Kardiologie
 - d) Knochendichtemessung
 - e) Konventionelles Röntgen
 - f) Mammographie
 - g) MRT: - Allgemeines MRT; - MRT der Brustdrüse; - MR Angiographie
 - h) Nuklearmedizin
 - i) PET-CT
 - j) Strahlentherapie
 - k) Vakuumbiopsie der Brust
 - l) LDR-Brachytherapie
 - m) Stereotaktische Radiochirurgie
- Rheuma (Zuschlag 99012)
- Rhythmusimplantatkontrolle
- Schmerztherapie
- Sozialpädiatrie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger
- Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ)
- Ultraschalldiagnostik
- Untersuchungen der Sprachentwicklung (Hausärzte)
- Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger)
- Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)
- Zervix-Zytologie
- Zweitmeinungsverfahren

Ich bin damit einverstanden, dass die Abteilung Arztregister diese Erklärung an die Abteilung Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg weiterleitet.

_____ Ort und Datum

_____ Unterschrift des tätigen Arztes/Angestellten

Name in Druckbuchstaben

e

bin

- Ja Nein

Widerrufsmöglichkeit
kön

_____ Ort und Datum

_____ Unterschrift des tätigen Arztes/Angestellten