

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie

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/ oder 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:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (arztregister@kvhh.de) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Beantragte Leistungen

Ich beantrage folgende balneotherapeutische Leistungen

- Synchrone Photoletherapie
- Asynchrone Photoletherapie
- Bade-PUVA-Therapie

für folgende Indikationen

- Mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris
- Mittelschwere bis schweres atopisches Ekzem

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Zeugnisse und Bescheinigungen über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mind. 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie.
- Zeugnisse und Bescheinigungen über Kenntnisse der Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie.

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung für alle Verfahren der Balneophototherapie erfüllt sind:

- Freie Zugänglichkeit der Wanne von mindestens zwei Seiten Pro Badewanne eine Umkleiemöglichkeit für den Patienten in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen
- Patientenliege in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen
- Patientendusche in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen
- Ausreichende Lüftungsmöglichkeiten der Behandlungsräume der Balneophototherapie
- Die Anordnung der Räume und Geräte sollen den Schutz der Privatsphäre der Patienten gewährleisten

Bei der asynchronen Photosoletherapie bzw. bei der Bade-PUVA-Therapie müssen sich zusätzlich die Räume für Bad und Bestrahlung in unmittelbarer Nähe befinden.

Organisatorische Anforderungen

- Ich verpflichte mich, alle organisatorischen Anforderungen gemäß § 6 zu erfüllen

Apparative Ausstattung

Gerätenutzung in eigener Praxis

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet

Betriebsstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.)

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie entsprechen.

Ich verpflichte mich, die regelmäßige Wartung meiner Bestrahlungsgeräte nach 2 Jahren und die regelmäßige Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel nach 200 Betriebsstunden bzw. nach einem Jahr durchzuführen.

Ich verpflichte mich, die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation nach § 7 zu erfüllen.

Ich bestätige, jede Veränderung an der technischen Grundausstattung, eine Neuanschaffung oder die Stilllegung eines meiner Bestrahlungsgeräte unverzüglich der KV Hamburg schriftlich mit einem geeigneten Nachweis mitzuteilen.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Abteilung Qualitätssicherung, führt jährlich Stichprobenprüfungen zum Nachweis der regelmäßigen Wartung der Bestrahlungsgeräte und der regelmäßigen Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel durch.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von 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 Verwaltungstätigkeit 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. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

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 Unterschriftsbevollmächtigten. 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

Praxisstempel