

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

**Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung
zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der
Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden
Einrichtungen oder in häuslichen Praxen**

**Hinweis: Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem
Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.**

Die Antragstellung erfolgt für: _____ LANR: _____
Name, Vorname, Titel

Nicht-ärztliches Praxispersonal

Frau / Herr _____ ist in der Praxis als nicht-ärztliche Praxisassistenz angestellt.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung).

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**