

Arztstempel
-------------

**Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von Leistungen der spezialisierten geriatrischen Versorgung**

Hinweis: Bitte fügen Sie diesem Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihren Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Antragsstellung erfolgt für: 

--	--

  
Name, Vorname, Titel LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab: 

--

**Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen**

- Die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen ist der KV Hamburg bereits bekannt und bleibt weiterhin bestehen.
- Die Berufsgruppen haben sich geändert und müssen in der unten stehenden Tabelle der KV Hamburg mitgeteilt werden.

**Es wird die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen erfüllt:**

Name, Vorname, Anschrift	Berufsgruppe
	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut
	<input type="checkbox"/> Ergotherapeut
	<input type="checkbox"/> Logopäde

**Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

---

Unterschrift Antragsteller/in