

## Antrag auf Teilnahme am Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

### Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

### Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

**Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_ als:**

- Vertragsarzt     Angestellter Arzt     Ermächtigter Arzt     Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

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

## Mein Antrag gilt für die unten aufgeführten Verträge

- BKK-Landesverband NORD
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Knappschaft
- AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
- IKK classic

## Persönliche fachliche Anforderungen

### Facharzt/Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin

- Nachweis über die Versorgung von mind. 50 Kindern oder Jugendlichen\* mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF= Mukoviszidose; ICD E 84,- G).  
(\*Kassenpatienten sowie Privatpatienten)

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin

- Nachweis über die Versorgung von mind. 50 Erwachsenen\* mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF= Mukoviszidose; ICD E 84,- G).  
(\*Kassenpatienten sowie Privatpatienten)

### Kombinierte Versorgung von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen

- Nachweis über die Versorgung von mind. 35 Kindern und Jugendlichen\* und mind. 35 Erwachsenen\* mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF= Mukoviszidose ; ICD E 84,- G).  
(\*Kassenpatienten sowie Privatpatienten)

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

## Geforderte personelle Ausstattung der Praxis

Mindestens 1 Arzt/Ärztin, mit „Therapie-Erfahrung“ von 100 Patientenjahren (Produkt aus Zahl der selbst betreuten Patienten und der Dauer der Betreuung in Jahren)

Name und Vorname des/der Arztes/Ärztin: \_\_\_\_\_

Psychosozialer Dienst z.B. Sozialarbeiter/in, Name: \_\_\_\_\_

Psychologe/in und/oder Sozialpädagoge/in, Name: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in, Name: \_\_\_\_\_

Ernährungsberater/in, Name: \_\_\_\_\_

Spezialisierter Pflegedienst oder Arzthelfer/in, Name: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

- Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich die im Versorgungsauftrag nach § 4 der Vereinbarung vorgegebenen medizinisch-technischen Voraussetzungen in meiner Praxis vorhalte und die im Versorgungsauftrag nach § 4 der Vereinbarung vorgegebenen medizinisch-technischen Voraussetzungen durch einen Kooperationspartner sichergestellt werden.
- Mir sind die Ziele und Inhalte des o. a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

## Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

### Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

- Regelmäßige Teilnahme an von den Ärztekammern und/oder der KVH anerkannten Fortbildungen oder Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon müssen mindestens 5 Punkte Fortbildungen sein.
- Die Fortbildungsnachweise müssen jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr bis spätestens zum 15.02. des Folgejahres bei der KVH eingereicht werden. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. eines jeden Folgejahres erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen 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 Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten 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 im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## 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 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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Ort/Datum

---

Unterschrift **Antragsteller**

---

Name in Druckbuchstaben

**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

--	--

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des/der Angestellten

Anstellungsdatum

--	--

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. 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

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel