Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel/Praxisstempel

Übernahme von bestehenden OP-Standorten für Anästhesisten

Bereits genehmigte OP-Standorte für Anästhesisten können übernommen werden.
Die betreffenden Leistungsstandorte müssen auf diesem Formular lediglich angegeben und der KV Hamburg rechtzeitig **vor** Aufnahme der Tätigkeit übermittelt werden.

OP-Mitbenutzungen von Anästhesisten (Nebenbetriebsstätten) die noch nicht gemeldet wurden, können mit diesem Formular nicht beantragt werden. Hierfür ist die entsprechende **„Meldung einer Operationsraumeinrichtung (nur für Anästhesisten)“** zu verwenden unter www.kvhh.de.

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 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 Anästhesien werden in folgender (n) Operationseinrichtung (en) durchgeführt:
(Bitte Namen und Anschrift angeben)

BSNR	Betriebsstätten OP, OP-Mitbenutzung für Anästhesisten

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 Hompage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum	**Unterschrift Antragsteller**
Datum	**Unterschrift Angestellter**

Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspfichtigen 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 Angestellten	Anstellungsdatum

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	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel