

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Ich beantrage alle Laborleistungen aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM.
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.
Ich beantrage alle Laborleistungen aus den Abschnitten 32.3.7, 32.3.8, 32.3.9, 32.3.10, 32.3.11, 32.3.12 sowie die GOPen 01763, 01767, 01769, 01800, 01802, 01803, 01810, 01811, 01816, 01833, 01840, 01915, 01931 – 01936, 32172 – 32187, 32459 und 32460 EBM.
- Transfusionsmedizin
Ich beantrage alle Laborleistungen aus den Abschnitten 32.3.6, 32.3.7, 32.3.15 sowie die GOPen 01800 – 01809, 01811, 01833, 01931 – 01935, 32504, 32505 (gebietsbezogen), 32510 und 32527 (gebietsbezogen) EBM.
- Humangenetik oder verfüge über die Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik
Ich beantrage alle Laborleistungen aus den Abschnitten 32.3.14 und 32.3.15 EBM.
- Pathologie / Neuropathologie.
Ich beantrage die Laborleistungen nach den GOPen 01763, 01767, 01769, 32819, 32825, 32826 und 32859 EBM.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Andere Fachgruppen

Ich beantrage die nachstehenden Leistungen aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM (ggf. Beiblatt beilegen).

GOP	Leistungsbeschreibung

Eine Aufstellung der beantragten Untersuchungsverfahren ist dem Antrag beizufügen!

Qualifikationsnachweise

- ➔ Facharzturkunde
- ➔ Zeugnisse über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die jeweils beantragte(n) laboratoriumsmedizinische(n) Untersuchung(en), die
 - ➔ von dem zur jeweiligen Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein müssen
 - und
 - ➔ insbesondere folgende Angaben enthalten sollen:
 - ➔ Überblick über die in der Einrichtung, in der die Weiterbildung stattfand angewandten labormedizinischen Methoden und untersuchten Parameter,
 - ➔ Aufstellung der vom Antragsteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboratoriumsuntersuchungen und die dafür jeweils aufwendete Ausbildungszeit,
 - ➔ Nachweis über selbst durchgeführte Fehleranalyse- und Korrekturmaßnahmen.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

- Konzept in Form einer kurzen schriftlichen Zusammenstellung zu den beantragten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen mit folgenden Inhalten:
 - Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt,
 - Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der geplanten Einrichtung
 - Angaben zur geplanten personellen Struktur der Einrichtung.

Alternativ: Gültige Akkreditierungsurkunde nach DIN EN ISO 15189 bzw. Aufzeichnungen über das bestehende interne Qualitätsmanagement für die angezeigten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Verpflichtungserklärung

- Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die interne und externe Qualitätssicherung gemäß § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
- Zudem erklärt sich der Antragsteller damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor entsprechen.

Einverständniserklärung

- Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die interne und externe Qualitätssicherung gemäß § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
- Zudem erklärt sich der Antragsteller damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor entsprechen.

Genehmigungen können nur erteilt werden, wenn die Einverständnisse vorliegen!

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor).

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € 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 001 3350 06
BIC: DAAEEDDDXXX
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. 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
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

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 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.

<input style="width: 95%;" type="text"/>

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