



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Abteilung Genehmigung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Arztstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Hamburg**

**Hinweise:**

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

**Antragsteller**

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ  
[ ]

Anschrift der Hauptbetriebsstätte  
[ ]

**Die Antragstellung erfolgt für**

Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
[ ]	[ ]

Fachrichtung  
[ ]

Vertragsarzt     Angestellter Arzt     Ermächtigter Arzt

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_

[ ]

Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

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

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

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (arztregister@kvhh.de) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der - Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

### Fachliche Qualifikation

Ich bin

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- hausärztlich tätiger Internist
- Praktischer Arzt / Arzt

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

### Qualifikationsnachweise

#### Voraussetzungen

- Nachweis eines pädiatrischen Behandlungsschwerpunkts durch Nachweis von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern in den letzten vier Abrechnungsquartalen
- Nachweis von mindestens 25 Zertifizierungspunkten im Fach Pädiatrie im Jahr vor der Antragstellung
- Nachweis über die regelmäßige Teilnahme (vier- bis sechsmal im Jahr vor der Antragstellung) an Qualitätszirkeln mit pädiatrischer Ausrichtung die von der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Ärztekammer anerkannt sind

#### Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung:

- Nachweis von mindestens 25 Zertifizierungspunkten im Fach Pädiatrie pro Jahr
- Nachweis über die regelmäßige Teilnahme (vier- bis sechsmal im Jahr) an Qualitätszirkeln mit pädiatrischer Ausrichtung die von der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Ärztekammer anerkannt sind

### Apparative Ausstattung

- Ich verfüge über ein Autorefraktometer.

### Einverständniserklärung

#### Mit meiner Unterschrift

- **genehmige ich** ausdrücklich den zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Hamburg geschlossenen Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
- **bestätige ich, dass**
  - mir die Ziele und Inhalte des o.g. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt sind,
  - ich die notwendigen Fortbildungs- und Schulungsnachweise einmal jährlich bei der KV Hamburg vorlege,
  - mir die Freiwilligkeit meiner Teilnahme bekannt ist. Ich kann meine Teilnahme unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich kündigen. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Hamburg,
  - die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.
  - eine gleichzeitige Teilnahme und/oder Abrechnung von Leistungen an diesem Vertrag und dem Vertrag zur ergänzenden Früherkennungsuntersuchung mit der BVKJ-S bei ein und demselben Patienten ausgeschlossen ist.

### Rechtlicher Hintergrund

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Hamburg

### 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: AOK RH / HH U10/U11/J2 - Name

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**

- Ich bin einverstanden mit der Weitergabe der in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Daten (Name, Vorname, Titel, LANR, BSNR, Adresse, Telefonnummer, Facharzttitel, Datum Beginn Teilnahme, Datum Ende Teilnahme) im Teilnehmerverzeichnis durch die KV Hamburg an die AOK Rheinland/Hamburg zur Information von teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten und mit der Veröffentlichung der Daten in einem Verzeichnis im Internetauftritt der AOK Rheinland/Hamburg und der KVH.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Hinweis:

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 die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

## 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
- 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

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

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