

Arztstempel

Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei einer Praxisverlegung

Allgemeine Hinweise:

Im Zuge einer Praxisverlegung müssen alle betriebsstättenbezogenen Genehmigungen, die von der KV Hamburg erteilt wurden, neu bestätigt werden. Die betreffenden Leistungen müssen lediglich auf Formular lediglich angekreuzt und der KV Hamburg rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit übermittelt werden. Die Übernahme der bisherigen Genehmigungen ist ausgeschlossen, wenn sich zwischenzeitlich die Genehmigungsvoraussetzungen geändert haben.

Leistungen, für die noch keine Genehmigungen erteilt wurden, können mit diesem Formular nicht beantragt werden. Hierfür sind die entsprechenden Antragsformulare unter:

www.kvhh.net → [Formulare zu finden.](#)

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

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

www.kvhh.net → [Formulare](#)

Folgende genehmigungspflichtige Leistungen sollen übernommen werden:

¹ Angaben zu den betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen (siehe Seite 4).

² Vordrucke sind unter www.kvhh.net → Formulare → Übernahmeantrag bei Statuswechsel abrufbar

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren ² | <input type="checkbox"/> Anästhesien ² | Radiologie¹ |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie ¹ | | <input type="checkbox"/> Brachytherapie (LDR) |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie ¹ | | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag ² | | <input type="checkbox"/> Interventionelles Röntgen |
| <u>Disease-Management-Programme¹</u> | | <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Schulung | <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs | | <input type="checkbox"/> Konventionelles Röntgen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Schulung | <input type="checkbox"/> Mammographie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Schulung | <input type="checkbox"/> MR Angiographie |
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Schulung | <input type="checkbox"/> MRT - Allgemein |
| <input type="checkbox"/> DMP Schulungsgemeinschaft | | <input type="checkbox"/> MRT - Brustdrüse |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie ¹ | | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe ¹ | | <input type="checkbox"/> PET-CT |
| <input type="checkbox"/> Kardioversion ¹ | | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie ¹ | | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen (Spezial-Labor) ¹ | | <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brust |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG ¹ | | <input type="checkbox"/> Rhythmusimplantat-Kontrolle ¹ |
| <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lip | <input type="checkbox"/> Polysomnographie ¹ | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrie ² |
| <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionsmessung ¹ | | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie ¹ |
| <input type="checkbox"/> Polygraphie ¹ | | <input type="checkbox"/> schmerztherapeutische Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie am Augenhintergrund | | <input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik ¹ |
| <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie ¹ | | |

Betriebsstättenbezogene Anforderungen

Der Antragsteller bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die apparativen, hygienischen, personellen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen der entsprechenden Vereinbarung/Richtlinie in der Praxis erfüllt sind.

Einverständniserklärung zur Praxisbegehung

Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die jeweils zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die apparativen, hygienischen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen der entsprechenden Vereinbarung/Richtlinie in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen entsprechen. Genehmigungen können nur erteilt werden, wenn das Einverständnis vorliegt.

Rechtlicher Hintergrund

Die entsprechenden Richtlinien/Vereinbarungen und Informationen finden Sie unter: www.kvhh.net → Formulare

Hinweise

- Genehmigungspflichtige Leistungen dürfen erst ausgeführt und abgerechnet werden, wenn die KV Hamburg entsprechende schriftliche Genehmigungen dazu erteilt hat. Leistungen, die vor dem Erhalt einer Genehmigung erbracht werden, können nicht vergütet werden.
- Die Genehmigungen werden arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt. Sollen genehmigungspflichtige Leistungen in Zweigpraxen und/oder Nebenbetriebsstätten erbracht werden, muss diese Tätigkeit vom Arztregister der KV Hamburg genehmigt worden sein.
- Apparategemeinschaften und ausgelagerte Praxisteile müssen bei der Geschäftsstelle Genehmigung gesondert angezeigt werden. Die entsprechende Formulare finden Sie unter: www.kvhh.net → Formulare

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 technischen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040/ 22 802-900.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift des Antragsteller

Name in Druckbuchstaben

Anlage zum Antrag von: _____
 Name, Vorname, Titel LANR

Genehmigungspflichtige Leistungen mit betriebsstättenbezogenen Anforderungen

Genehmigungs- pflichtige Leistungen	Standort / Betriebsstätten-Nr. Adresse	Gerätebezeichnung	Baujahr	Geräte-Nr. / Serien-Nr.	Hersteller / Vertreiber	KV-Reg.Nr. (falls vorhanden)

Hinweise:

- ➔ Bitte berücksichtigen Sie, dass die Genehmigung für betriebsstättenbezogene Leistungen erst erteilt werden kann, wenn die erforderlichen Angaben in der oben aufgeführten Tabelle gemacht werden.
- ➔ Bei neuen Geräten ist dem Antrag ein vereinbarungs-/richtlinienkonformer Nachweis (Gerätenachweisformular bzw. Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung) beizufügen. Die Gerätenachweisformulare finden Sie unter www.kvhh.net ➔ Formulare
- ➔ Jeder, der eine Röntgeneinrichtung eigenverantwortlich verwendet oder dafür bereithält, bedarf der Genehmigung oder muss die beabsichtigte Tätigkeit bei der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Referat Strahlenschutz – anzeigen. Dies gilt auch, wenn bereits genehmigte Einrichtungen durch weitere oder andere Ärzte eigenverantwortlich verwendet werden sollen (Wechsel der Betreibers) oder bei der Gründung einer Apparategemeinschaft. In allen Fällen ist der Ärztlichen Stelle / KV Hamburg eine **Anzeigebestätigung der Behörde** vorzulegen.

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