

Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

**- wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt -**

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> § 31 Abs. 1 Nr.   | <input type="checkbox"/> Ärzte-ZV |
| <input type="checkbox"/> § 31 a Abs. 1 Nr. | <input type="checkbox"/> Ärzte-ZV |
| Planung der Geburtsleitung                 |                                   |
| Mammographiescreening                      |                                   |
| Zweitmeinungsverfahren                     |                                   |
| sonstiges:                                 |                                   |
| Prüfung von:                               |                                   |

## Antrag auf Ermächtigung

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

**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.kvh.net/kvh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

### Name des Antragstellers

Titel, Vorname, Name

Die Ermächtigung wird beantragt im Fachgebiet:

Es handelt sich um einen:

- Neuantrag

**Hinweis:** Die **Urkunden** sind der Geschäftsstelle **zur Einsichtnahme im Original vorzulegen**, in Ausnahmefällen auch amtlich beglaubigte Abschriften. Die Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. Machen Sie bitte **Kopien von den benötigten Unterlagen**.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

→ Sofern Sie in einem Arztregister eingetragen sind:

- Arztregisterauszug

→ Sofern Sie nicht in einem Arztregister eingetragen sind:

- Geburts- bzw. Einbürgerungsurkunde
- ggf. Urkunde über die Änderung des Familiennamens (z. B. Heiratsurkunde)
- Approbation als Arzt
- Promotion und ggf. andere Titel
- Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzbezeichnung

- Erklärung, welche genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen (Seiten 7 und 8)
- Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztl. Berufs nicht entgegenstehen (Seite 5)

**Von Krankenhausärzten sind folgende Unterlagen zusätzlich einzureichen:**

- formlose Zustimmungserklärung des Krankenhaussträgers für die Durchführung der beantragten ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit (**die Erklärung ist vom Arbeitgeber zu unterschreiben**)
- Bescheinigung des Arbeitgebers, aus der der Beschäftigungsumfang (Std./Woche) des Krankenhausarztes für die Patientenversorgung hervorgeht (Seite 6)

**Antrag auf Erweiterung meiner bestehenden Ermächtigung**

**Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:**

- Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztl. Berufs nicht entgegenstehen (Seite 5)

**Von Krankenhausärzten sind folgende Unterlagen zusätzlich einzureichen:**

- formlose Zustimmungserklärung des Krankenhaussträgers für die Durchführung der beantragten ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit (**die Erklärung ist vom Arbeitgeber zu unterschreiben**)

**Folgeantrag nach Fristablauf meiner Ermächtigung**

**Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:**

- Erklärung, dass keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit besteht und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztl. Berufs nicht entgegenstehen (Seite 5)

**Von Krankenhausärzten sind folgende Unterlagen zusätzlich einzureichen:**

- formlose Zustimmungserklärung des Krankenhaussträgers für die Durchführung der beantragten ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit (**die Erklärung ist vom Arbeitgeber zu unterschreiben**)
- Bescheinigung des Arbeitgebers, aus der der Beschäftigungsumfang (Std./Woche) des Krankenhausarztes für die Patientenversorgung hervorgeht (Seite 6)

**Bitte fügen Sie diesem Antrag ein gesondertes maschinengeschriebenes Schreiben zu den folgenden Punkten 1. und 2. bei:**

**1. Beantragter Ermächtigungsumfang**

Spezifizieren Sie genau, für welche Leistungen Sie ermächtigt werden wollen. Beachten Sie dabei, dass Sie im Falle einer festgestellten Versorgungslücke in der Regel nur auf Überweisung durch Vertragsärzte tätig werden können.

**Für welchen Überweiserkreis soll Ihre Ermächtigung gelten?**

Für den Fall, dass Sie Kinder und Jugendliche betreuen möchten, geben Sie bitte die entsprechenden Altersgruppen an:

- Neugeborene bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- Säuglinge ab Beginn des 29. Lebenstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
- Kleinkinder ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kinder ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendliche ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

**2. Begründung des besonderen Versorgungsbedarfs**

Warum ist die von Ihnen beantragte Ermächtigung unerlässlich, um die Versorgung der Patienten mit den von Ihnen beantragten Leistungen sicherzustellen?

## Persönliche Daten

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Rufname(n)

Privatanschrift

PLZ

Ort

Titel

Geburtsort

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich

weiblich

Staatsangehörigkeit

Mobiltelefon

Telefon privat

Fax privat

E-Mail privat

## Vertragsärztliche Tätigkeit

Haben Sie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen?

- ja, ich bin **zurzeit** tätig als  ja, ich war in der **Vergangenheit** tätig als  nein
- zugelassener Vertragsarzt  zugelassener Vertragsarzt  
 als ermächtigter Arzt  als ermächtigter Arzt  
 als angestellter Arzt  als angestellter Arzt

Datum ab

Datum bis

LANR (falls vorhanden)

Bitte geben Sie den Ort des Vertragssitzes an:

## Ambulante spezialärztliche Tätigkeit

- Ich nehme nicht an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V teil.  
 Ich bin Mitglied in folgenden ASV-Teams:

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.  
Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

**Hinweis:** Bitte beachten Sie das Informationsblatt zu den Abrechnungsgenehmigungen.

Mir ist bekannt, dass ich alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen darf,

- ➡ an dem ich die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Ermächtigung) durch den Zulassungsausschuss erhalten habe und
- ➡ an dem mir für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KV Hamburg zugegangen ist.

## Gebühren

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 120,00 € fällig (§ 46 Abs. 1c Ärzte-ZV).

**Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 120,00 € fällig. Bitte überweisen Sie auf das Konto bei der KVH:**

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
Verwendungszweck "Ermächtigungsantrag für..."

**Bitte beachten Sie:** Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

Bei Erteilung der Ermächtigung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhoben. Sollten Sie noch kein oder ein nicht ausreichend gedecktes Honorarkonto bei der KVH haben, erhalten Sie nach erteilter Ermächtigung eine Zahlungsaufforderung.

Sofern ich bereits ein Honorarkonto bei der KVH habe, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die nach erfolgter Ermächtigung an den Zulassungsausschuss zu zahlende Gebühr von **400,00 €** von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht wird.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

## **Vorgeschrieben Erklärung gemäß § 18 (2) Nr. 5 Ärzte-ZV**

Titel, Vorname, Name

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- und alkoholabhängig bin und es auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein Ermittlungs-, Straf oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich schwebt.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Stempel des Krankenhauses

**Bescheinigung des Arbeitgebers zum Beschäftigungsumfang des angestellten Krankenhausarztes**

**Hinweis:** Nicht erforderlich bei einer Ermächtigung für die ausschließliche Planung der Geburtsleitung

Herr / Frau

(Name Antragsteller Ermächtigung)

ist in unserem Hause mit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche für die Patientenversorgung (ohne Einbeziehung von ausschließlich beratenden, lehrenden und administrativen Tätigkeiten) angestellt.

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

Name in Druckbuchstaben

# ACHTUNG:

**Dies ist nicht die Zustimmungserklärung des Krankenhaussträgers!  
(siehe Seite 2)**

Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

**Erklärung über die genehmigungspflichtigen Leistungen, die im Rahmen der  
Ermächtigung erbracht werden sollen  
(nur auszufüllen bei erstmaliger Beantragung einer Ermächtigung)**

Ich beabsichtige, im Rahmen der beantragten Ermächtigung keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.

Ich beabsichtige, im Rahmen der beantragten Ermächtigung folgende Leistungen zu erbringen, für die  
 ich vor Erteilung der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss **bei der KV Hamburg, Abteilung Genehmigung, eine Genehmigung beantragen** werde:

**Hinweis:** Anträge, Vereinbarungen/Richtlinien/Verträge und Ansprechpartner finden Sie hier: [www.kvh.de](http://www.kvh.de) -> Praxis -> Formulare. Antragsformulare und Fragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen senden Sie bitte an [Genehmigung@kvh.de](mailto:Genehmigung@kvh.de).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie                                 | <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung                      |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur  | <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening (über 35 Jahre)                |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren                                  | <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebs-Screenings               |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie Leistungen                                 | <input type="checkbox"/> HIV/Aids; HIV/PrEP                                 |
| <input type="checkbox"/> Apherese  | <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene/Kinder              |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie  | <input type="checkbox"/> Homöopathie  |
| <input type="checkbox"/> ATMP  | <input type="checkbox"/> Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fuß |
| <input type="checkbox"/> Ausserklinische Intensivpflege (Potenzialerhebung)    | <input type="checkbox"/> Hypnose  |
| <input type="checkbox"/> Ausserklinische Intensivpflege Verordnung (Hausärzte) | <input type="checkbox"/> Intravitereale Medikamenteneingabe                 |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training                                    |   |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie                                   | <input type="checkbox"/> Koloskopie   |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> CAR-T-Zell-Therapie-Nachsorge                         | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM)   |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie/Manuelle Medizin                        | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG                                       |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie                                     | <input type="checkbox"/> Laserverfahren des benignen Prostatasyndroms (bPS) |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag                        | <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lipödem                            |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom                               |   |
| <input type="checkbox"/> Disease-Management-Programme                          |   |
| a) <input type="checkbox"/> Asthma / COPD                                      | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik                                   |
| b) <input type="checkbox"/> Brustkrebs   | <input type="checkbox"/> MRSA   |
| c) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1                            | <br>  |
| d) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2                            | <input type="checkbox"/> Neugeborenen-Screening nach Anlage 2               |
| e) <input type="checkbox"/> KHK  | der Kinder-Richtlinie   |
| f) <input type="checkbox"/> Osteoporose  | <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie                       |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie                             | <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Praxisassistenten                  |
| <br>   | <input type="checkbox"/> NIPT Rhesus D und Trisomie 13, 18, 21              |
| <input type="checkbox"/> EMDR  |   |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Hand                             |   |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Versorgung                               |   |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen           |   |
| Versorgungsbereich / Kinder- und Jugendmedizin                                 |   |

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Onkologie</b><br><input type="checkbox"/> Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen (Hausärzte)<br><input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionsmessung<br><br><input type="checkbox"/> <b>Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2)</b><br><input type="checkbox"/> Palliativmedizinische Versorgung<br><input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung<br><input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie am Augenhintergrund<br><input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie<br><input type="checkbox"/> Physikalisch-medizinische Leistungen<br><input type="checkbox"/> Pneumologischer Komplex (belegärztl. Kinderärzte)<br><input type="checkbox"/> Polygraphie<br><input type="checkbox"/> Polysomnographie<br><input type="checkbox"/> Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson<br><input type="checkbox"/> Psychiatrische und Psychotherapeutische Komplexbehandlung<br><input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie</li> <li>b) <input type="checkbox"/> Systemische Therapie</li> <li>c) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>d) <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie</li> </ul><br><input type="checkbox"/> <b>Qualitätszirkelanerkennung</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Radiologie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <input type="checkbox"/> CCTA - CT-Koronarangiographien</li> <li>b) <input type="checkbox"/> Computertomographie</li> <li>c) <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie</li> <li>d) <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie</li> <li>e) <input type="checkbox"/> Knochendichthymessung</li> <li>f) <input type="checkbox"/> Konventionelles Röntgen</li> <li>g) <input type="checkbox"/> LDR-Brachytherapie</li> <li>h) <input type="checkbox"/> Mammographie</li> <li>i) <input type="checkbox"/> MRT: - Allgemeines MRT; - MRT der Brustdrüse; - MR Angiographie</li> </ul> | j) <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin<br>k) <input type="checkbox"/> PET-CT<br>l) <input type="checkbox"/> Sterotaktische Radiochirurgie<br>m) <input type="checkbox"/> Strahlentherapie<br>n) <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brust<br><br><input type="checkbox"/> <b>Rhythmusimplantatkontrolle</b><br><input type="checkbox"/> Schmerztherapie<br><input type="checkbox"/> Sozialpädiatrie<br><input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrie<br><input type="checkbox"/> Soziotherapie<br><input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen<br><input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger<br><br><input type="checkbox"/> <b>Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ)</b><br><input type="checkbox"/> Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin<br><br><input type="checkbox"/> <b>Ultraschalldiagnostik</b><br><input type="checkbox"/> Untersuchungen der Sprachentwicklung (Hausärzte)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger)</b><br><input type="checkbox"/> Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Zervix-Zytologie</b><br><input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren |
|--|--|

**Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses diese Erklärung an die Abteilung Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg weiterleitet und diese dem Zulassungsausschuss eine Kopie meines Genehmigungsbescheides übersendet.**

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben