

Arztstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen
im Rahmen der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der
Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen
beschützenden Einrichtungen oder in hausärztlichen Praxen**

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

Die Anstellung erfolgt für den Praxisassistenten

Name, Vorname: _____

Der nichtärztliche Praxisassistent wird in der Praxis beschäftigt seit _____

Umfang der Beschäftigung:

- Vollzeit
- Teilzeit - Anzahl der Stunden in der Woche _____

Qualifikationsnachweise der Praxis

Voraussetzungen

Die Praxis muss in den letzten Quartalen:

- ➔ durchschnittlich mindestens 700 Fälle je Hausarzt (mit voller Zulassung) und Quartal behandelt haben (bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 521 je weiterem Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang)

oder

- ➔ in den letzten vier Quartalen im Durchschnitt mindestens 120 Fälle je Hausarzt und Quartal bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind, behandelt haben (bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 80 Fälle je weiterem Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang).

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Fachliche Qualifikation des Praxisassistenten

- qualifizierter Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/ zum Medizinischen Fachangestellten / Arzthelfer (in) oder dem Krankenpflegegesetz
- nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis
- Zusatzqualifikation (NäPa – Zertifikat oder VERAH Zertifikate) gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Einheitlicher Bewertungsmaßstab Kapitel 3.2.1.2 sowie die Präambel 38.1

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 300,00 € 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
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
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 die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit dem angestellten nichtärztlichen Praxisassistenten der Kassenärztlichen Vereinigung umgehend anzuzeigen ist.
- 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