

Praxisstempel

**Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten geriatrischen Versorgung**

**Hinweis: Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.**

Die Antragstellung erfolgt für: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

**Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen**

- Die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen ist der KV Hamburg bereits bekannt und bleibt weiterhin bestehen.
- Die Berufsgruppen haben sich geändert und müssen in der unten stehenden Tabelle der KV Hamburg mitgeteilt werden.

**Es wird die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen erfüllt:**

Name, Vorname, Anschrift	Berufsgruppe
_____	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut
_____	<input type="checkbox"/> Ergotherapeut
_____	<input type="checkbox"/> Logopäde

## **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik)

Ich bestätige die Richtigkeit der o. g. Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller/in**