

Praxisstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von  
Untersuchungen der Sprachenentwicklung und orientierende  
entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen**

**Hinweise:**

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

**Antragsteller**

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

**Die Antragstellung erfolgt für**

Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
Fachrichtung	

**Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_ als:**

Vertragsarzt   
  Angestellter Arzt   
  Ermächtigter Arzt   
  Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

.....

.....

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

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

## Fachliche Qualifikation

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin (hausärztlich tätig)
- Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich tätig)

## Qualifikationsnachweis

Nachweis über eine mindestens 1-jährige Weiterbildung im Bereich „Pädiatrie“

**Der entsprechende Nachweis ist dem Antrag beizufügen.**

## Rechtlicher Hintergrund

Einheitlicher Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Kapitel 3.2.3  
Besondere Leistungen

**! Die Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen ist erst nach der Genehmigungserteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zulässig.**

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

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

**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 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.

\_\_\_\_\_  
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