

Arztstempel

Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei einer Anstellung bei einem Arzt / einer BAG / in einem MVZ

Allgemeine Hinweise:

Im Zuge einer Anstellung eines Arztes bei einem Arzt / bei einer BAG / in einem MVZ können alle bisherigen Genehmigungen, die von der KV Hamburg erteilt wurden, übernommen werden. Die betreffenden Leistungen müssen lediglich auf dem Formular 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, das Anstellungsfachgebiet oder die Versorgungsebene (hausärztlich/fachärztlich) gewechselt wird. 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.

Antragssteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fachrichtung

angestellter Arzt

ermächtigter Arzt

Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name, Telefonnummer, E-Mail

Folgende genehmigungspflichtigen Leistungen sollen übernommen werden:

(Für diese Leistungen müssen keine weiteren Nachweise eingereicht werden).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen |
| <input type="checkbox"/> Apherese | <input type="checkbox"/> Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2) |
| <input type="checkbox"/> Außerklinische Intensivpflege | <input type="checkbox"/> Physikalische-medizinische Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training | <input type="checkbox"/> Pränataötest Rhesus D (Beratung) |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen |
| <input type="checkbox"/> Dermahistologie | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom | Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> Funkstörung der Hand | <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich / Kinder-Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung Knappschaft | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrie |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene | <input type="checkbox"/> Soziotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Kinder | <input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin |
| <input type="checkbox"/> Hypnose | <input type="checkbox"/> Umweltmedizin |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Untersuchung der Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> MRGN | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger) |
| <input type="checkbox"/> Mukpviszidose | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby) |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie | <input type="checkbox"/> Zervix-Zytologie |
| <input type="checkbox"/> Nicht invasiver Pränataltest (Beratung)(NIPT) | <input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren |

Für diese genehmigungspflichtigen Leistungen müssen weitere Nachweise eingereicht werden:

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

²Vordrucke sind unter www.kvhh.net - Formulare - Übernahmeantrag bei Statuswechselabrufbar

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abklärungskoloskopie ¹ | <input type="checkbox"/> Koloskopie ¹ |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen (Spezial-Labor) ¹ |
| <input type="checkbox"/> Anästhesien | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG ¹ |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie ¹ | <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lipödem im Stadion ³ |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie ¹ | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik ² |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag ² | <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche-Praxisassistenten ² |
| Diseases-Management-Programme¹ | <input type="checkbox"/> Onkologie (Teilnahme an der Onkologievereinbarung) ² |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emmissionsmessung ¹ |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Palliativmedizinischer Versorgung ² |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung ² |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie a.Augenhintergrund ¹ |
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keraektomie ¹ |
| <input type="checkbox"/> DMP Schulungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Polygraphie ¹ |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie ¹ | <input type="checkbox"/> Polysomnographie ¹ |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Versorgung ² | <input type="checkbox"/> Rhythmusimplantat Kontrolle ¹ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C - Strukturvertrag ² | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrie ¹ |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie beim Hautkrebs-Screening ¹ | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie ² |
| <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe ¹ | <input type="checkbox"/> schmerztherapeutische Einrichtung |

Telemonitoring bei Herzinsuffizienz¹

Ultraschalldiagnostik

Radiologie¹

Brachytherapie

Computertomographie

CT-gesteuerte Intervention²

Interventionelle Radiologie

Invasive Kardiologie

Knochendichtemessung

Röntgendiagnostik

bildwandler gestützte Intervention²

Durchleuchtungen

Mammographie

MR Angiographie

MRT - Allgemein

MRT - Mamma

Nuklearmedizin

PET-CT

Strahlentherapie

Stereotaktische Radiochirurgie

Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Vakuumbiopsie der Brust

Betriebsstättenbezogene Anforderungen

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

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die apparativen, hygienischen, personellen, 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 zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen
- 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

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gem. 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 die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040/ 22 802 802.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum **Unterschrift Antragssteller** **Name in Druckbuchstaben**

Datum **Unterschrift Angestellter** **Name in Druckbuchstaben**

Anlage zum Antrag von:

Name, Vorname, Titel

LANR

Genehmigungspflichtige Leistungen mit betriebsstättenbezogenen Anforderungen

Genehmigungspflichtige 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 wurden.
- 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 sowie der 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