

Arztstempel

## Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei einer Zulassung als Arzt

### Allgemeine Hinweise:

Im Zuge einer Zulassung als Arzt 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](http://www.kvhh.net) - Formulare zu finden.

Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt. Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

### Antragsteller

Name vom Arzt

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Fachrichtung

zugelassener Arzt

ermächtigter Arzt

Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

**[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)**

## 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"/> Pränataltest 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   | <b>Psychotherapie</b>  |
| <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"/> Mukpvisidose  | <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 folgende genehmigungspflichtigen Leistungen müssen weitere Nachweise eingereicht werden:

<sup>1</sup>Angaben zu den betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen (s.Seite 4)

<sup>2</sup>Vordrucke sind unter [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) - Formulare - Übernahmeantrag bei Statuswechselabrufbar

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

Telemonitoring bei Herzinsuffizienz<sup>1</sup>

**Ultraschall**diagnostik

### **Radiologie<sup>1</sup>**

Brachytherapie

Computertomographie

CT-gesteuerte Intervention<sup>2</sup>

Interventionelle Radiologie

Invasive Kardiologie

Knochendichtemessung

Röntgendiagnostik

bildwandler gestützte Intervention<sup>2</sup>

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](http://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
- Apparategemeinschaften und ausgelagerte Praxisteile müssen bei der Geschäftsstelle Genehmigungen gesondert angezeigt werden. Die entsprechenden Formulare finden Sie unter:  
[www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) - Formulare

**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**

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](http://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.