

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten gemäß Kapitel 38.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>
---	---

Tätig in: Zulassung ab dem: _____

Anstellung

Ermächtigung

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	38200 und 38205 (Hausärzte) 38200, 38202, 38205 und 38207 (Fachärzte)
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Ich verfüge über eines der in der Präambel zum Kapitel 38.1 genannten Fachgebiete.
Personelle Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Der nicht-ärztliche Praxisassistent verfügt gemäß Kapitel 38.3 EBM über:</p> <p><input type="checkbox"/> Eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer Praxis eines Vertragsarztes.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Qualifikation gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Delegations-Vereinbarung).</p> <p><input type="checkbox"/> Einen Nachweis über die Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1.</p>
<p>Angaben nichtärztlicher Praxisassistenten:</p> <p>Nachname: <input type="text"/></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/></p> <p>In der Praxis tätig seit: <input type="text"/></p> <p>Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder Gesundheits- und Krankenpfleger(in) abgeschlossen am : <input type="text"/></p> <p>Umfang der Anstellung (Stunden pro Woche): <input type="text"/></p>		
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Der Nachweis der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation ist durch eine ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen. ☛ Die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit den angestellten nicht-ärztlichen Praxisassistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen. ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 	
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.	



Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, das Kapitel 38.3 des EBM zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt