

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen gemäß der Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Anlage 8 BMV-Ä) oder in hausärztlichen Praxen – (Delegations-Vereinbarung)

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p>Personelle Voraussetzungen</p>	<p>Der nicht-ärztliche Praxisassistent verfügt gemäß § 6 der Delegations-Vereinbarung über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder dem Krankenpflegegesetz. -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> Eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis. -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> Eine Zusatzqualifikation gemäß § 7 der o. g. Vereinbarung -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> Einen Nachweis über die Teilnahme am Kurs „Notfallmanagement“ der Ärztekammer gem. § 7 Abs. 5 der o. g. Vereinbarung -bitte beifügen-

	Angaben nicht-ärztlicher Praxisassistent: Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ In der Praxis tätig seit: _____ Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder Gesundheits- und Krankenpfleger(in) abgeschlossen am: _____ Umfang der Anstellung (Stunden pro Woche): _____	
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	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	Der Nachweis der Zusatzqualifikation gemäß § 7 ist durch eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der KVSH zu führen und darf bei Beantragung der Genehmigung nicht älter als 5 Jahre sein. Ich bestätige, die Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Anlage 8 BMV-Ä) zur Kenntnis genommen zu haben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt