

## Abteilung Abrechnung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 7959

@ Abrechnung-  
Genehmigung@kvsh.de

Stand: 08/24

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 von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten gemäß Kapitel 38.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

<b>Wichtiger Hinweis</b>	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.	
<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"><li>der Nachweis der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation durch eine ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen ist.</li><li>die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit den angestellten nichtärztlichen Praxisassistenten der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen ist.</li><li>die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li><li>die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li><li>eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li></ul>	
<b>Leistungen</b>	<input type="checkbox"/>	38200 und 38205 (Hausärzte)
	<input type="checkbox"/>	38200, 38202, 38205 und 38207 (Fachärzte)
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____	
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	Ich verfüge über eines der in der Präambel zum Kapitel 38.1 genannten Fachgebiete.
<b>Personelle Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Der nicht-ärztliche Praxisassistent verfügt gemäß Kapitel 38.3 EBM über:</b>
	<input type="checkbox"/>	Eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer Praxis eines Vertragsarztes. <b>-bitte beifügen-</b>
	<input type="checkbox"/>	Eine Qualifikation gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Delegationsvereinbarung). <b>-bitte beifügen-</b>

	<input type="checkbox"/>	<p>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. <b>-bitte beifügen-</b></p>
<p><b>Angaben nichtärztlicher Praxisassistenten:</b></p> <p>Nachname: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>In der Praxis tätig seit: _____</p> <p>Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder Gesundheits- und Krankenpfleger(in) abgeschlossen am : _____</p> <p>Umfang der Anstellung (Stunden pro Woche): _____</p>		
<p><b>Hinweis zum Datenschutz</b></p>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de/datenschutz">www.kvsh.de/datenschutz</a></p>	
<p><b>Einverständnis zum Datenschutz</b></p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<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