

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-524
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach dem Kapitel 38 EBM
von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) -
in Kraft getreten am 17.03.2009 in der derzeit gültigen Fassung**

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich bin:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Lebenslange Arztnummer (LANR)
(Leistungserbringer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Fachliche Befähigung:

Ich nehme bzw. der angestellte Arzt nimmt

- an der hausärztlichen Versorgung teil, als

_____ (Bezeichnung)

bzw.

- an der fachärztlichen Versorgung teil, als

_____ (Facharztbezeichnung)

(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt.)

Hiermit beantrage ich für die in der o. g. Praxis tätige nichtärztliche Praxisassistentenz

Frau/Herr: _____

- die Genehmigung für die Leistungen nach Kapitel 38 EBM - Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Rahmen der hausärztlichen Versorgung (außer Kinderärzte)
 nach den EBM-Nrn.: 38200 und 38205
- die Genehmigung für die Leistungen nach Kapitel 38 EBM - Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten und in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Rahmen der fachärztlichen Versorgung (incl. Kinderärzte)
 nach den EBM-Nrn.: 38200, 38202, 38205 und 38207

1. Personelle und fachliche Voraussetzungen

- 1.1. Die o. g. nichtärztliche Praxisassistentenz ist mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden in der Praxis beschäftigt
(Nachweis ist beigefügt, z.B. Arbeitsvertrag)

UND

- 1.2. verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder dem Pflegeberufegesetz/dem Krankenpflegegesetz
(Nachweis ist beigefügt)

UND

- 1.3. verfügt über eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer Praxis eines Arztes gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1 EBM
(Nachweis ist beigefügt)

UND

- 1.4. verfügt über eine Qualifikation gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) durch die Ärztekammer zertifiziert
(Nachweis ist beigefügt)

UND

- 1.5. hat 20 Hausbesuche 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 EBM begleitet.

2. Sonstige Anforderungen und Verpflichtungen

- Die Anstellung der o. g. nichtärztlichen Praxisassistenten wird jährlich durch eine Erklärung der Praxis gegenüber der KV Berlin angezeigt.

3. Erklärung

Ich bin umfassend über die Voraussetzungen für die Berechnung der GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 informiert.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass das **Auflösen des Beschäftigungsverhältnisses mit der o. g. nichtärztlichen Praxisassistenten sowie sämtliche Änderungen gegenüber der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich anzuzeigen** sind.
- dass die Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

ggf. Unterschrift des Leiters
(Einrichtung/MVZ/Praxisinhaber)