



Qualitätssicherung

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner:
S. Franke - Tel.: 069 79502-578
A. Maiwald - Tel. 069 79502-465
B. Winterhalter Tel. 069 79502-261
Fax: 069 79502-376
E-Mail: QS.Ambulantes-OP@KVHessen.de

Erklärung nach § 115 b SGB V

bei **STANDORTWECHSEL**

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationsersetzender Leistungen einschließlich der notwendigen Anästhesien im Rahmen der Vertragsärztlichen Versorgung bei Standortwechsel

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ e-mail _____

Vertragsärztliche Tätigkeit beantragt am _____

als Ärztin / Arzt für _____

Tätigkeit als: Vertragsarzt angestellter Arzt¹ ermächtigter Arzt Assistent¹

Anschrift des Standortes: Vertragspraxis _____

MVZ _____

Klinik / Institut _____

Telefon: _____ Fax: _____

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** _____

Betriebsstättennummer²: _____

Nebenbetriebsstättennummer(n)²: _____

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ zu stellen.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Hiermit beantrage ich nach der o. g. Vereinbarung die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung

- der genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 31.2 EBM (Ambulante Operationen).
- von Eingriffen nach § 115 b SGB V, welche in Abschnitt 2 und 3 der Anlage 1 des AOP-Vertrages aufgeführt sind.

Bitte ankreuzen:

- Neuer Operationsstandort**
- Wechsel des Operationsstandortes**
- Zusätzliche/r Operationsstandort**
- Bauliche Veränderung am OP-Standort**

Hiermit versichere ich, dass der nachstehend aufgeführte Operationsstandort den Anforderungen des § 6 an die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzende Leistungen (§ 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V) zur Durchführung von ambulanten Operationen/Anästhesien und sonstigen stationersetzenden Leistungen der derzeit gültigen Fassung entspricht.

Ich bin gemäß einer getroffenen Vereinbarung berechtigt, diese ambulanten OP-Räume zu nutzen.

.....
Ort, Datum Unterschrift des **Antragsstellers**
ggf. Vertragsarztstempel

Hiermit bestätige ich, dass meine OP-Einrichtung
Frau / Herrn Dr. med. _____
für die Durchführung von ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzende Leistungen gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V zur Verfügung steht.

.....
Ort, Datum Unterschrift/Stempel **andere Praxis, Krankenhaus,
MVZ oder OP-Zentrum**

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes