



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Arztregister
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Antrag auf Erteilung einer Betriebsstättennummer (BSNR) zur Abrechnung von ärztlichen Untersuchungen nach § 44 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JarbSchG)

(Für Ärztinnen und Ärzte, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung in Hessen zugelassen sind)

Antragstellende haben drei Möglichkeiten zur Beantragung einer BSNR

- Ärzte, die nicht für arbeitsmedizinische/betriebsärztliche Dienste tätig sind
- Arbeitsmedizinischer/betriebsärztlicher Dienst, einmalige Anlage
- Ärzte arbeitsmedizinischer/betriebsärztlicher Dienste, die eine eigene BSNR benötigen

Hinweis:

- Bitte reichen Sie keine Patientenunterlagen bei Beantragung einer BSNR ein.
- Nach** Bekanntgabe der BSNR durch die KV Hessen muss das Formular „Bankverbindung“ ausgefüllt und unterschrieben eingereicht werden.

a) **Ärzte, die nicht für arbeitsmedizinische/betriebsärztliche Dienste tätig sind:**

Ja, ich reiche meine Abrechnung unter einer Betriebsstättennummer (BSNR) ein.

Persönliche Daten des Antragstellers 1:

Titel Vorname* Name*
Geburtsdatum* und Geburtsort*
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR) (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers


Wohnanschrift des Antragstellers:

Straße / Nr.*
PLZ Ort*

Praxis- bzw. Tätigkeitsort des Antragstellers:

Straße / Nr.*
PLZ Ort*
Telefon-Nr.*
E-Mail
BSNR

Ort / Datum / Unterschrift / Stempel

 **soll die BSNR für alle Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft beantragt werden, so müssen alle weiteren Ärzte ebenfalls aufgeführt werden. (Seite 3)**
Wird der Antrag als Berufsausübungsgemeinschaft gestellt, müssen alle Ärzte der Praxis unterschreiben



b) Arbeitsmedizinischer/betriebsärztlicher Dienst:

- Ja, wir möchten unsere Abrechnung generell unter einer Betriebsstättennummer (BSNR) des Arbeitsmedizinischen Dienstes einreichen

Name des Arbeitsmedizinischen Dienstes
--

Anschrift des Arbeitsmedizinischen Dienstes:

Straße / Nr.*
PLZ Ort*
Telefon-Nr.*
E-Mail

Ort / Datum / Unterschrift

c) Ärzte im arbeitsmedizinischer/betriebsärztlicher Dienste:

- Ja, ich möchte meine Abrechnung unter einer eigenen Betriebsstättennummer (BSNR) einreichen.

Name des Arbeitsmedizinischen Dienstes
--

Persönliche Daten des Antragstellenden:

Titel Vorname* Name*
Geburtsdatum* und Geburtsort*
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR) (falls vorhanden)

Wohnanschrift des Antragstellenden:

Straße / Nr.*
PLZ Ort*

Anschrift des Arbeitsmedizinischen Dienstes:

Straße / Nr.*
PLZ Ort*
Telefon-Nr.*
E-Mail

Ort / Datum / Unterschrift



➤ **Weitere Ärzte bei Berufsausübungsgemeinschaft:**

Persönliche Daten des Antragstellers 2:

Titel Vorname* Name*
Geburtsdatum* und Geburtsort*
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR) (falls vorhanden)

Wohnanschrift des Antragstellers:

Straße / Nr.*
PLZ Ort*
Ort / Datum / Unterschrift

Persönliche Daten des Antragstellers 3:

Titel Vorname* Name*
Geburtsdatum* und Geburtsort*
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR) (falls vorhanden)

Wohnanschrift des Antragstellers:

Straße / Nr.*
PLZ Ort*
Ort / Datum / Unterschrift



wird der Antrag als Berufsausübungsgemeinschaft gestellt, müssen alle Ärzte der Praxis aufgeführt werden und unterschreiben, ggf. ist diese Seite mehrfach auszudrucken

Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung eines Arztregisters erhoben und verarbeitet. Das Arztregister wird mittels Elektronischer Datenverarbeitung erstellt. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.“ Weitere Informationen zu den datenschutzrechtlichen Informationspflichten der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen nach Art. 13 DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.kvhessen.de/datenschutz>