

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

## Nicht-ärztliche Praxisassistenz

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch eine nicht-ärztliche Praxisassistenz in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß Abschnitt 38.3 EBM

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Qualitätssicherung  
Team  
Antje Andres  
Tel 069 24741-6584  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.6@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

## Allgemeine Angaben

### Angaben zur Praxis

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**Folgende Ärzte aus der vorgenannten Praxis beantragen die Genehmigung zur Anordnung und Abrechnung von Hilfeleistungen durch die nicht-ärztliche Praxisassistenz in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß Abschnitt 38.3 EBM**

Name des Arztes \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Name des Arztes \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Name des Arztes \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPa)** - Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß Abschnitt 38.3 EBM

#### Beantragte Leistungen:

- GOP 38200** - Besuch und Betreuung eines Patienten durch eine qualifizierte NäPa in **Pflegeheimen und beschützenden Einrichtungen**
- GOP 38202** – Besuch und Betreuung eines Patienten durch eine qualifizierte NäPa in der **Häuslichkeit** des Patienten
- GOP 38205** – Besuch und Betreuung **eines weiteren** Patienten durch eine qualifizierte NäPa in **Pflegeheimen und beschützende Einrichtungen**
- GOP 38207** – Besuch und Betreuung **eines weiteren Patienten** durch eine qualifizierte NäPa in der **Häuslichkeit** des Patienten

#### Genehmigungsvoraussetzungen

##### Personelle Voraussetzungen

**Die fachliche Qualifikation wird für folgende Praxisassistenz nachgewiesen:**

Name, Vorname der Praxisassistenz \_\_\_\_\_

Geb.-Dat. \_\_\_\_\_

**Umfang der Beschäftigung:**  Vollzeit  Teilzeit: \_\_\_\_\_ (mind. 20 Std./Woche erforderlich)

**Fachliche Voraussetzungen der qualifizierten NäPa** zur Abrechnung delegierter Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM

##### Qualifizierter Berufsabschluss

Die Praxisassistenz verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss.

Berufsbezeichnung der Praxisassistenz: \_\_\_\_\_  
( z. B. Medizinische(r) Fachangestellte(r), Arzthelfer(in), Gesundheits- und Krankenpfleger(in), Krankenschwester, Krankenpfleger)

Der Nachweis über das Führen der o.g. Berufsbezeichnung liegt dem Antrag bei.

**U N D**

### **Berufstätigkeit**

- Aus der Berufstätigkeit geht eine mindestens **dreijährige** Tätigkeit in einer haus- oder fachärztlichen Praxis nach dem qualifizierten Berufsabschluss hervor.  
Der Nachweis in Form von Arbeitszeugnissen ist dem Antrag beigelegt.

### **U N D**

#### **Zusatzqualifikationen gemäß § 7 Anlage 8 BMV-Ä**

- Das **Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztlichen Praxisassistenten“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V** der Bundes- und Landesärztekammern wurde erfolgreich abgeschlossen.

*Eine Kopie der Teilnahmebestätigung/Urkunde ist dem Antrag beigelegt.*

- Das **Fortbildungscurriculum „Entlastende Versorgungsassistentin (EVA)“** wurde erfolgreich abgeschlossen.

*Eine Kopie der Teilnahmebestätigung/Urkunde ist dem Antrag beigelegt.*

### **U N D**

- Nachweis über die Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinisch notwendiger **delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen - Anlage 1 (Selbsterklärung) -**.



## Nicht-ärztliche Praxisassistenz

### ANLAGE 1

Zum Antrag auf Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß Abschnitt 38.3 EBM

**Die KVH behält sich stichprobenartig Überprüfung der Korrektheit der Angaben vor.**

#### Erklärung:

Ich bestätige, dass meine nicht-ärztliche Praxisassistenz

Name, Vorname der Praxisassistenz \_\_\_\_\_ Geb.-Dat. \_\_\_\_\_

- die Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinische notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen

durchgeführt hat.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift des Arztes Stempel der Praxis