KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

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

Qualitätssicherung
Team 1
Antje Andres
Mehlika Mermertas
Tel 069 24741-6584/ -6491
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.6@kvhessen.de

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

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.

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 _____

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

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), Kranken schwester, Krankenpfleger, Pflegefachfrau/Pflegefachmann)

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 beigefügt.

U N D

Zusatzqualifikationen gemäß § 7 Anlage 8 BMV-Ä

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

Eine Kopie der Teilnahmebestätigung/Urkunde ist dem Antrag beigefügt.

☐ Das **Fortbildungscurriculum „Entlastende Versorgungsassistentin (EVA)**" wurde erfolgreich abschlossen.

Eine Kopie der Teilnahmebestätigung/Urkunde ist dem Antrag beigefügt.

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) -.**

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Mir / Uns ist bekannt, dass die Hilfeleistungen nur erbracht und abgerechnet werden, wenn der Vertragsarzt die Leistungen im Einzelfall in Bezug auf Patienten angeordnet hat, die er zuvor bezüglich derselben Erkrankung selbst untersucht hat, und die der Versorgungsauftrag gemäß § 5 Abs. 1 der Delegations-Vereinbarung aufführt
- Mir / Uns ist bekannt, dass die KV Hessen bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses der nicht-ärztlichen Praxisassistenz in der Arztpraxis unverzüglich zu informieren ist.
- Es ist sicherzustellen, dass die Praxisassistenz über die notwendige Qualifikation und Sorgfalt zur Durchführung der Hilfeleistungen auf Anordnung des Arztes verfügt.
- Mir / Uns ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Delegations-Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zulässig ist.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

……	……	……..
Datum	Unterschrift des / der Antragssteller(s)	ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

……	……	……..
Datum	**Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**	Stempel

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

Formular drucken