



Erklärung gemäß § 8 Abs. 3 Satz 4 der Delegationsvereinbarung

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von ärztlich angeordneter Hilfeleistung in der Häuslichkeit der Patienten in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegationsvereinbarung)

Nicht-ärztliche Praxisassistentenz (NäPa)

Frau _____ geboren am _____

ist mindestens **20 Wochenstunden** in unserer Praxis **angestellt** ja nein

ist derzeit in Elternzeit bis **voraussichtlich** _____

ist **nicht mehr** in der unserer Praxis **angestellt seit** _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärzte



Stempel der Praxis

Bitte ausgefüllt an die KV Hessen senden:

per Mail qs.fb1.6@kvhessen.de oder per Fax-Nr. 069 24741-68819

Vielen Dank!