



## 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

Wochenstunde in unserer Praxis angestellt.

JA

NEIN

**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 Fax-Nr. 069 24741-68819 faxen!  
Danke !**