

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

## Onkologie

### Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt gemäß der Onkologie-Vereinbarung vom 28.07.2009 und ergänzenden Onkologie-Vereinbarung vom 20.06.2011 (Standortänderung)

*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 1

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

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

#### Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

#### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen wurde durch die KV Hessen bereits erteilt.**

- Betriebsstättennummer** \_\_\_\_\_ **Bescheid vom** \_\_\_\_\_
- Nebenbetriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_ **Bescheid vom** \_\_\_\_\_
- Nebenbetriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_ **Bescheid vom** \_\_\_\_\_

**Der Antrag wird gestellt wegen**

- Änderung der BSNR
- Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in neuen Praxisräumen  
(Ort der Leistungserbringung – Adressänderung)
- Erweiterung der Genehmigung auf weitere Betriebsstätten
- Änderung des Zulassungsstatus

Die fachliche Qualifikation wurde der KV Hessen gegenüber bereits nachgewiesen.

- ja     nein

**Onkologische Behandlung gem. § 4 der Onkologie-Vereinbarung**

Durchführung der ärztlichen Behandlung krebskranker Patienten nach § 4 Abs 1 bis 3 der Onkologie-Vereinbarung festgelegten Bestimmungen.

**Organisatorische Maßnahmen gem. § 5 Abs. 1 und 2**

Die Anforderungen an die organisatorischen Maßnahmen lt. § 5 Abs. 1 und 2 der Onkologie-Vereinbarung sind sichergestellt.

- ja     nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Onkologie-Kommission die an meine Praxis gestellten Anforderungen überprüfen kann (§ 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung).

Diese Einverständniserklärung gilt für alle Betriebsstätten, für die eine Genehmigung beantragt wird.

- ja     nein

**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

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Antragsstellers

ggf. Vertragsarztstempel

### Gilt nur für angestellte Ärzte

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes