

**Antrag auf Anerkennung der Beschäftigung einer nichtärztlichen  
Praxisassistentin sowie Erteilung der Genehmigung und Abrechnung der  
Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

**Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Anerkennung der Beschäftigung einer nichtärztlichen Praxisassistentin sowie die Erteilung der Genehmigung und Abrechnung der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen gemäß Kapitel 38 des EBM bzw. der EBM-Ziffern 03060, 03062 und 03063.**

Die fachliche Qualifikation wird für die folgende/n in der oben genannten Praxis/Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ angestellten Praxisassistentin/nen nachgewiesen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### Nachweis der fachlichen Qualifikation

#### Qualifizierter Berufsabschluss:

- qualifizierter Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten/ Arzthelferin oder dem Krankenpflegegesetz
- Nachweis:** Die Abschlussurkunde ist beigelegt.

#### Berufserfahrung:

- eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis
- Nachweis:** Ein entsprechendes Zeugnis ist beigelegt.

#### Zusatzqualifikation:

Eine Zusatzqualifikation gemäß Anlage 8 BMV-Ä mit folgenden Inhalten wird/wurde absolviert:

Dauer der Berufstätigkeit	Theoretische Fortbildung (Stunden)	Praktische Fortbildung (Stunden)	Notfallmanagement Erweiterte Notfallkompetenz (Stunden)
<input type="checkbox"/> weniger als 5 Jahre	200	50	20
<input type="checkbox"/> weniger als 10 Jahre	170	30	20
<input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre	150	20	20

- Die Zusatzqualifikation wurde absolviert und abgeschlossen am: \_\_\_\_\_

#### Beschäftigungsumfang:

- Der **Nachweis** des Beschäftigungsumfangs der nichtärztlichen Praxisassistentin von mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis ist **als Anlage** beigelegt.
- Der **Nachweis** von 20 begleiteten Hausbesuchen eines Arztes ist **beigelegt**.

**Hinweis:**

Die Berechnungsfähigkeit der Leistungen nach den EBM-Nummern 03060, 03062 und 03063 bzw. gemäß Kapitel 38 ist darüber hinaus an bestimmte (Mindest-)Fallzahlen im Durchschnitt der letzten 4 Quartale gebunden:

- mindestens 700 Behandlungsfälle, bei mehr als einem in Vollzeit tätigen Hausarzt erhöht sich die Behandlungsfallzahl je Vollzeitstelle um 521 Behandlungsfälle
- oder**
- mindestens 120 Behandlungsfälle von Patienten, die das 75. Lebensjahr vollendet haben; bei mehr als einem in Vollzeit tätigen Hausarzt erhöht sich die Behandlungsfallzahl je Vollzeitstelle um 80 Behandlungsfälle

**Erklärung**

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

**Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung**

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte

**Anlage** zum Antrag auf Anerkennung der Beschäftigung einer nichtärztlichen Praxisassistentin sowie Erteilung der Genehmigung und Abrechnung der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen gemäß Kapitel 38 des EBM bzw. der EBM-Ziffern 03060, 03062 und 03063

**Bestätigung des Beschäftigungsumfangs der nichtärztlichen Praxisassistentin/nen  
und absolvierter begleiteter Hausbesuche**

Meine Praxisassistentin/nen ist/sind wie folgt in der Praxis beschäftigt:

Name, Vorname	Anzahl der Wochenstunden	Anzahl begleiteter Haus- besuche eines Arztes im Zeitraum von 12 Monaten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte