

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

Hinweis: Bitte nutzen Sie dieses Formular, wenn der/die Praxisassistent/in (z. B. VERAH) bereits von der KVSA genehmigt ist, z. B. bei Übernahme einer Praxis oder Wechsel des/der Praxisassistenten/in aus einer anderen Praxis! Für eine neu anzumeldende Praxisassistentin, die der KVSA noch nicht bekannt ist, nutzen Sie bitte das vollumfängliche Formular.

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: _____

Es wird die Anerkennung der Beschäftigung einer/eines nichtärztlichen Praxisassistenten/in 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 beantragt.

Der Tätigkeitsbeginn des/der Praxisassistenten/in ist geplant ab: _____

Nachweis der fachlichen Qualifikation

Die fachliche Qualifikation wurde für die/den folgende/n Praxisassistenten/in nachgewiesen:

Name, Vorname: _____

Der Nachweis der Qualifikation erfolgte bereits durch folgende Praxis/ MVZ:

Praxisname / MVZ: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bestätigung des Beschäftigungsumfangs der nichtärztlichen Praxisassistentenz:

Meine Praxisassistentenz ist in folgendem Umfang in der Praxis beschäftigt:

Anzahl Wochenstunden: _____

Kurs Notfallmanagement:

Die/der nichtärztliche Praxisassistent/in hat den letzten Notfallkurs absolviert am: _____

Eine Teilnahmebescheinigung ist diesem Antrag 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 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 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/MVZ