

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Antrag auf Genehmigung: Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in Abwesenheit des Vertragsarztes (Delegations-Vereinbarung)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____

2. _____

alle mir erteilten Betriebsstätten

Personelle Voraussetzungen -bitte beifügen- (die Nachweise dürfen bei Beantragung nicht älter als 5 Jahre sein)

- Zertifikat „Nichtärztliche Praxisassistenz“
- Nachweis „Notfallmanagement“

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- jede nichtärztliche Praxisassistenz mit mindestens einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Stunden angestellt ist (§ 4 Abs. 2).
- die Beendigung des entsprechenden Arbeitsverhältnisses unverzüglich der KVSH angezeigt wird.
- der KVSH jährlich durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung des nichtärztlichen Praxisassistenten angezeigt wird.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.