

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

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

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

(Name des Arztes<sup>1</sup>, 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](http://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 Praxisassistentenz“
- Nachweis „Notfallmanagement“

### Erklärung

- Es wird versichert, dass jede Nichtärztliche Praxisassistentenz mit mindestens einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Stunden an- gestellt ist.

### Unterschrift(en)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

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