



## **A n t r a g**

auf Abrechnung von **ärztlich angeordneten Hilfeleistungen** in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen sowie in hausärztlichen Praxen nach Abschnitt 3.2.1.2 EBM i.V.m. der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä)

**Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!**

Wir stellen den o. g. Antrag für alle Hausärzte der Praxis / der BAG / des MVZ

<b>Name und Bezeichnung der Praxis / der BAG / des MVZ:</b>	<b>Namen der Ärzte, die die Leistungen anordnen sollen:</b>
	1.)
Anschrift (Straße, Postleitzahl)	2.)
	3.)
	4.)
Telefon-Nr.:	5.)
Fax:	
E-Mail:	

### **Hinweis zum Nachweis von Fallzahlen**

Die Abrechnung der Leistungen setzt voraus, dass die Praxis eine Mindestzahl an Behandlungsfällen nachweist. Alternativ kann eine Mindestzahl an Behandlungsfällen von Patienten, die 75 Jahre oder älter sind, berücksichtigt werden. Es gilt jeweils der Durchschnittswert der letzten vier Quartale.

Diese Zahlen werden für die Praxis bei Antragstellung durch die KVWL ermittelt. Sofern erforderlich, fordert die KVWL die Zahl der Fälle aus Selektivverträgen (HzV-Verträge nach § 73b SGB V) und/oder aus Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung, bei denen keine kollektivvertraglichen Leistungen mit der KVWL abgerechnet wurden, für die Berechnung an.

## Nachweis der personellen Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die nichtärztliche Praxisassistentin/Der nichtärztliche Praxisassistent (NäPA)

Herr/Frau

- ist in der Praxis mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden beschäftigt

Unterschrift des/der NäPA

**und**

- verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder dem Krankenpflegegesetz

**und**

- verfügt nach dem qualifizierten Berufsabschluss über eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis

**und**

- verfügt über eine Zusatzqualifikation gemäß § 7 der Delegationsvereinbarung (EVA/NäPA)  
*Ein Nachweis hierüber ist beigefügt.*

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Antragstellers

Stempel der Praxis/des MVZ

Unterschrift MVZ-Geschäftsführung