

<p>3.3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt im Fachgebiet Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin mit und ohne Schwerpunktkompetenz, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin.</p> <p>und</p>	
<p>3.4</p>	<p>Zusatzqualifikation gemäß § 7 Anlage 8 BMV-Ä, die je nach Berufserfahrung nachfolgende Inhalte umfassen muss</p>	
	<p>Die nichtärztliche Praxisassistenz ist mehr als 10 Jahre berufstätig:</p>	<p><input type="checkbox"/> Die Teilnahme an Fortbildungen zu den Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berufsbild, - medizinische Kompetenz² und - Kommunikation/ Dokumentation <p>im Umfang von 150 Stunden³ (theoretische Fortbildung) wurde mir mittels entsprechender Teilnahmebescheinigungen nachgewiesen.</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Die praktische Fortbildung in Form der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen im Umfang von 20 Stunden wurde mir mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen.</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Die Teilnahme an Fortbildungskursen im Notfallmanagement im Umfang von 20 Stunden wurde mir mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nachgewiesen.</p>
	<p>Die nichtärztliche Praxisassistenz ist weniger als 10 Jahre berufstätig:</p>	<p><input type="checkbox"/> Die Teilnahme an Fortbildungen zu den Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berufsbild, - medizinische Kompetenz⁴ und - Kommunikation/ Dokumentation <p>im Umfang von 170 Stunden⁵ (theoretische Fortbildung) wurde mir mittels entsprechender Teilnahmebescheinigungen nachgewiesen</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Die Praktische Fortbildung in Form der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen im Umfang von 30 Stunden wurde mir mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen.</p> <p>und</p>

² Siehe hierzu unsere **Hinweise auf Seite 7 unter Punkt 1.**

³ Sofern die nichtärztliche Praxisassistenz über einen qualifizierten Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz verfügt und in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung mindestens 4 Jahre in diesem Beruf tätig war, **reduziert** sich die nachzuweisende Teilnahme an Fortbildungen **auf 80 Stunden.**

⁴ Siehe hierzu unsere **Hinweise auf Seite 7 unter Punkt 1.**

⁵ Sofern die nichtärztliche Praxisassistenz über einen qualifizierten Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz verfügt und in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung mindestens 4 Jahre in diesem Beruf tätig war, **reduziert** sich die nachzuweisende Teilnahme an Fortbildungen **auf 80 Stunden.**


		<input type="checkbox"/> Die Teilnahme an Fortbildungskursen im Notfallmanagement im Umfang von 20 Stunden wurde mir mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nachgewiesen.
	Die nichtärztliche Praxisassistenz ist weniger als 5 Jahre berufstätig:	<input type="checkbox"/> Die Teilnahme an Fortbildungen zu den Themen - Berufsbild, - medizinische Kompetenz⁴ und - Kommunikation/ Dokumentation im Umfang von 200 Stunden ⁵ (theoretische Fortbildung) wurde mir mittels entsprechender Teilnahmebescheinigungen nachgewiesen und <input type="checkbox"/> Die Praktische Fortbildung in Form der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen im Umfang von 50 Stunden wurde mir mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen. und <input type="checkbox"/> Die Teilnahme an Fortbildungskursen im Notfallmanagement im Umfang von 20 Stunden wurde mir mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nachgewiesen.
3.5 <input type="checkbox"/>	Die Zusatzqualifikation nach § 7 Anlage 8 BMV-Ä liegt noch nicht vor, wird jedoch spätestens bis zum 30.09.2021 abgeschlossen sein. In diesem Fall ist die Genehmigung bis zum voraussichtlichen Abschluss der Fortbildung, längstens jedoch bis zum 30.09.2021, zu befristen.	

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit sämtlichen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Ich erkläre mich damit einverstanden, der KVB auf Anforderung entsprechende Nachweise (Zertifikate/ Bescheinigungen) zur Überprüfung der Qualifikation der nichtärztlichen Praxisassistenten gemäß Punkt 3. zu übermitteln.


Das Auflösen des Beschäftigungsverhältnisses mit der nichtärztlichen Praxisassistenten werde ich der KVB unverzüglich schriftlich anzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / BAG-Vertretungsberechtigter /
MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Anlage B

zum Antrag für Fachärzte

auf Genehmigung zur Abrechnung delegierter Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten gemäß GOP 38200 und 38205 EBM

Die nichtärztliche Praxisassistenten wird zusätzlich für folgende weitere beim Antragsteller **beschäftigte Ärzte** beantragt:

1.)

LANR: | | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

- Angestellter Arzt in o. g. Praxis/ MVZ
- Zugelassener Arzt in o. g. Praxis/ MVZ

2.)

LANR: | | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

- Angestellter Arzt in o. g. Praxis/ MVZ
- Zugelassener Arzt in o. g. Praxis/ MVZ


3.)

LANR: | | | | | | | | | | | Titel _____


Name _____, Vorname _____

- Angestellter Arzt in o. g. Praxis/ MVZ
- Zugelassener Arzt in o. g. Praxis/ MVZ

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 