

Hinweise zu genehmigungspflichtigen Leistungen

Einige vertragsärztliche Leistungen stehen unter einem Genehmigungsvorbehalt, d.h. **sie dürfen erst durchgeführt und abgerechnet werden, nachdem eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde.** Die Genehmigungsvoraussetzungen richten sich nach der jeweils geltenden Qualitätssicherungs-Vereinbarung bzw. -richtlinie. Darüber hinaus können Verträge der KVHB spezielle Teilnahmevoraussetzungen enthalten.

Hinweise zum Genehmigungsdatum:

- Eine Genehmigung kann erst zu dem Datum erteilt werden, zu dem die Antragsunterlagen mit den erforderlichen Nachweisen vollständig bei der KVHB eingegangen sind
- Frühestes Genehmigungsdatum ist das Datum der Zulassung oder Ermächtigung
- Rückwirkend erteilte Genehmigungen sind aus rechtlichen Gründen nicht zulässig.

Antragsformulare:

Sie können das notwendige Antragsformular mit Hilfe dieser Übersicht anfordern oder Sie downloaden es direkt von der Homepage der KVHB (www.kvhb.de/zulassung/gen.php). Anträge, die formlos gestellt werden können, sind gesondert gekennzeichnet.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> PDT |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> PDK |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | <input type="checkbox"/> Präventionsangebot für Kinder (formlos mit Nachweis) |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie | <input type="checkbox"/> Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> Belegarztstätigkeit | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapeutische Leistungen | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> Chronische Wunde | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> DMP Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik |
| <input type="checkbox"/> DMP Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> DMP Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie |
| <input type="checkbox"/> DMP Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie |
| <input type="checkbox"/> DMP Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Kernspintomographie |
| <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung | <input type="checkbox"/> MR-Angiographie |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe/Diagnostik und Therapie |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebsscreening | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS-verantwortlicher Arzt | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeutisch tätiger Arzt |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Sensomotorische Übungsbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Soziotherapie |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlungen (formlos mit Nachweis) |
| <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen (O III. Leistungen) | <input type="checkbox"/> Tonsillotomie |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG-Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Übende Verfahren und suggestive Techniken |
| <input type="checkbox"/> LDL-Apherese | <input type="checkbox"/> Ultraschall-Untersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Neuordnung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Dialyse) | <input type="checkbox"/> Wahltarif BKK Arzt privat |
| <input type="checkbox"/> Onkologisch verantwortlicher Arzt (Onkologie-Vereinbarung) | <input type="checkbox"/> Willkommen Baby |
| <input type="checkbox"/> Optimierung der Betreuung von Kindern mit Asthma bronchiale (Kinderärzte) (formlos mit Nachweis) | <input type="checkbox"/> Zervix-Zytologie |
| <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionenbestimmung | |

Antragsteller/in oder anstellende/r Arzt /Ärztin:.....
(Titel, Vorname, Name).....
(Fachrichtung).....
(Straße, Haus-Nr.).....
(Postleitzahl, Ort).....
(Tätigkeit geplant in Praxis).....
(Praxisbeginn).....
(Ort, Datum).....
(Unterschrift)