

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Mail: qs@kvbb.de  
Fax: 0331/2309-529



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4  
Qualitätssicherung und Sicherstellung

## Antrag auf Genehmigung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten

Name/LANR/BSNR: .....

Praxisanschrift: .....

Antrag auf Hilfeleistung in der Häuslichkeit

Antrag auf Hilfeleistung in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen

### Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliche Praxisassistent/in:

Herr/Frau .....

verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss als  
Medizinische/r Fachangestellte/r oder Arzthelfer/in  
oder Abschluss nach dem Pflegeberufegesetz/Krankenpflegegesetz  
**(Ausbildungsurkunde in Kopie beifügen)**

war mindestens 3 Jahre nach dem qualifizierten Berufsabschluss  
in einer hausärztlichen Praxis bzw.  
in einer Praxis gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1 EBM tätig

er/sie hat die Ausbildung als nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in bereits absolviert  
**(Ausbildungsurkunde in Kopie beifügen)**

die Ausbildung als nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in wurde noch nicht begonnen  
Anmeldung für den Kurs vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
bei der Landesärztekammer Brandenburg liegt vor

die Ausbildung als nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in wurde bereits begonnen  
und endet voraussichtlich am \_\_\_\_\_

**Weitere Voraussetzungen der Arztpraxis/MVZ/Einrichtung:**

der/die nicht-ärztliche Praxisassistent/in ist in der Arztpraxis/dem MVZ/der Einrichtung mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von **mindestens 20 Stunden** angestellt

in den letzten vier Quartalen hat der/die Antragsteller/in durchschnittlich 700 Behandlungsfälle je Quartal oder durchschnittlich 120 Behandlungsfälle je Quartal bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind, betreut

Nachweis über die Begleitung von 20 Hausbesuchen in der Häuslichkeit und/oder 20 Hausbesuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt/einer Ärztin gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1 EBM **(Erklärung beifügen)**

Bei Nachfragen können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)

.....

**Ort/Datum**

.....

**Stempel/Unterschrift  
Antragsteller/in**

.....

**ggf. Stempel/Unterschrift  
Praxisinhaber/in bzw.  
Ärztliche Leitung**