

Antrag auf Genehmigung: Dialyse (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, 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.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“
oder
- Zusatz-Weiterbildung „Kinder-Nephrologie“
oder
- Gebietsbezeichnung Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ (im Sinne der Ausnahmeregelung des § 5 Abs. 7 c Nr. 2)
oder
- Gebietsbezeichnung „Kinderheilkunde“ mit den in § 4 Abs. 2 genannten gesonderten Voraussetzungen

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

Organisatorische Voraussetzungen

in Kooperation mit

Dialyse von Erwachsenen

Name (Transplantationszentrum)

Dialyse von Kindern

Name (Transplantationszentrum für Kinder)

Für die pädiatrische und psychosoziale Betreuung stehen folgende Fachkräfte zur Verfügung:

| | In eigener Praxis | in Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder -einrichtungen |
|----------------------------|---|---|
| Zentralisierte Heimdialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zentrumsdialyse | <input type="checkbox"/> Anzahl Behandlungsplätze für Erwachsene: | <input type="checkbox"/> |
| Heimdialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peritonealdialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- Anforderungen
 - zur ärztlichen Präsenz und Rufbereitschaft erfüllt werden (§ 5 Abs. 4).
 - an die apparative Ausstattung erfüllt werden (§ 6).
- KVSH die Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung entsprechen.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person