

Antrag auf Genehmigung: Balneophototherapie (QS-Vereinbarung Balneophototherapie)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arzregisterauszug)

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 Arzregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person 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-**

- Facharztbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Zeugnisse und Bescheinigungen über selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie.
- Nachweis zu Kenntnissen über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie.

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

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Apparatelbogen von der Herstellerfirma

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- räumlichen und organisatorischen Anforderungen dauerhaft erfüllt werden. Über Änderungen wird die KVSH zeitnah informiert (§ 5). Die Leuchtmittelwartung findet nach 200 Betriebsstunden bzw. nach einem Jahr, die Wartung der Bestrahlungsgeräte mindestens alle zwei Jahre statt (§ 6 Abs. 2 und 3). Darüber hinaus ist der Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400nm während der Bestrahlung) gewährleistet (§ 6 Abs. 9).
- weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung erfüllt werden (§§ 6 und 7).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.

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