

**Antrag auf Genehmigung:  
Dialyse (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, 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](http://www.kvsh.de/datenschutz).

**Einverständnis zur Datenübermittlung**

- 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.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

**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-**

Berechtigung zum Führen einer der nachfolgenden kammerrechtlichen Bezeichnungen

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

<sup>1</sup> 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

- Es wird versichert, dass die Anforderungen
  - zur ärztlichen Präsenz und Rufbereitschaft erfüllt werden (§ 5 Abs. 4).
  - an die apparative Ausstattung erfüllt werden (§ 6).
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die 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