

**Antrag auf Genehmigung:
Geriatric (QS-Vereinbarung Spezialisierte geriatric Diagnostik)**

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

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arzregisters, 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-

- Schwerpunktbezeichnung Geriatric im Zusammenhang mit den Facharztbezeichnungen Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
oder
- Facharztbezeichnung Innere Medizin und Geriatric
oder
- Zusatzbezeichnung Geriatric

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

oder

- Facharztbezeichnung Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Physikalische und rehabilitative Medizin und
- besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden und
- 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung und
- Notwendige ärztliche Tätigkeiten:
 Ich bestätige, dass ich 12 Monate in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters, der die fachlichen Voraussetzungen der Vereinbarung erfüllt, tätig war.

oder

- Ich bestätige, dass ich 6 Monate in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters, der die fachlichen Voraussetzungen der Vereinbarung erfüllt, tätig war **und** verpflichte mich, in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren.
- Ich bestätige, dass ich im Jahr vor der Antragstellung 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V behandelt habe.

Kooperation mit weiteren Berufsgruppen -bitte beifügen-

Berufsgruppe	In eigener Praxis beschäftigt**	Externe Kooperationen
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	siehe Anlage
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	siehe Anlage
Logopädie	<input type="checkbox"/>	siehe Anlage

**Die Qualifikation nach § 5 der QS-Vereinbarung ist erfüllt und kann nach Anforderung durch entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden. Die Anstellungsverträge sind beigefügt.

Erklärung/Verpflichtung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die

- organisatorischen Anforderungen erfüllt werden (§ 6).
- Anforderungen der räumlichen Ausstattung erfüllt werden (§ 7).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der 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

Anlage

Kooperationsvertrag mit weiteren Berufsgruppen nach § 5 der QS-Vereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Kooperation mit weiteren Berufsgruppen

Berufsgruppe	Externe Kooperationen
Physiotherapie	
	Name, Anschrift der Räumlichkeiten in unmittelbarer Nähe zur Arztpraxis
Ergotherapie	
	Name, Anschrift der Räumlichkeiten in unmittelbarer Nähe zur Arztpraxis
Logopädie	
	Name, Anschrift der Räumlichkeiten in unmittelbarer Nähe zur Arztpraxis

Erklärung

Die Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie

- mit dem antragstellenden Arzt bei Bedarf an oben genannten Orten kooperieren (§ 4).
- die Qualifikation nach § 5 Abs. 2 erfüllen und auf Anforderung durch entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen nachweisen können.
- Änderungen des Kooperationsvertrages der KVSH unverzüglich mitteilen.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Unterschrift (**Physiotherapeut**)

Datum

ggf. Praxisstempel

Unterschrift (**Ergotherapeut**)

Datum

ggf. Praxisstempel

Unterschrift (**Logopäde**)