

**Antrag auf Mitbehandlung einer nephrologischen Schwerpunktabteilung
gemäß § 11 Abs. 3 BMV Anlage 9.1 im Rahmen des Versorgungsauftrages
für die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten**

Folgende **Anforderungen an eine nephrologische Schwerpunktabteilung** sind zu erfüllen und der Kassenärztlichen Vereinigung **schriftlich zu bestätigen**:

1. Stationäre Diagnostik und Behandlung von Nieren- und Hochdruckerkrankungen
2. Therapie schwerwiegender Nierenerkrankungen wie z.B. akutes Nierenversagen einschließlich intensivmedizinischer Behandlung
3. Bereitstellung aller Verfahren der Hämo- und Peritonealdialyse

Entsprechende Nachweise sind beizufügen.

Ort/ Datum

Stempel/ Unterschrift

4. **Verpflichtung zur Übernahme folgender Versorgungsaufgaben** für chronisch niereninsuffiziente Patienten anderer Dialysepraxen und -einrichtungen in der Region:
 - a) Vorhaltung einer Auffangdialyse bei kompliziertem Dialyseverlauf und interkurrenten Erkrankungen
 - b) Ausbildung von Patienten und deren Angehörige für die Heimdialyse (Hämo- und Peritonealdialyse)
 - c) Versorgung infektiöser Dialysepatienten
 - d) Anlage von Dialysezugängen (arterio-venöse Shunts, Gefäßprothesen, permanente Venen-Katheter, Peritoneal-Katheter u.a.) in enger Kooperation mit erfahrenen Operateuren und ausreichender Präsenz für Notfälle
 - e) Betreuung von Patienten vor und nach einer Nierentransplantation in enger Kooperation mit einem Transplantationszentrum, Möglichkeiten der Behandlung von Komplikationen und Nachsorge
5. Befugnis zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung der zuständigen Ärztekammer für den Schwerpunkt Nephrologie sowie Ausbildung von Fachpflegekräften.

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistung erbringen möchte

Im Falle einer Anstellung/Ermächtigung in einer Einrichtung/ MVZ oder in einer Praxis:

Ort/ Datum

Unterschrift des Vertretungsberechtigten der
Einrichtung/ MVZ/ Praxisinhaber