

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen  
der spezialisierten Versorgung von Patienten mit  
HIV-Infektion/Aids-Erkrankung**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung nach § 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids.**

### 1. Facharztbezeichnung:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Innere und Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin             |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin              | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin    |
| <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt            | <input type="checkbox"/> Arzt ohne Gebietsbezeichnung |

### Anforderungen an die fachliche Befähigung

### 2. Tätigkeitsnachweis:

- eine mindestens halbjährige ganztätige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV/Aids-Patienten, welche den Anforderungen nach Absatz 2 der Vereinbarung entspricht

**und**

- die selbstständige Betreuung von 25 HIV/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst.

### 3. Fortbildungsnachweis:

- theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung

Die entsprechenden Unterlagen

- liegen der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.  
 sind diesem Antrag in einfacher Kopie als Anlage beigefügt.

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

Ich versichere verbindlich:

1. die patientengruppenübergreifende spezialisierte Versorgung nach Abschnitt C § 4 der Vereinbarung und die patientengruppenspezifische spezialisierte Versorgung nach § 5 zu übernehmen.
2. die organisatorischen Anforderungen und die Vorschriften zur Praxisausstattung nach § 6 der Vereinbarung einzubehalten.
3. die ärztliche Dokumentation nach § 7 und Anlage 1 der Vereinbarung für jeden HIV/Aids-Patienten durchzuführen.
4. zur Gewährung der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der besonderen Qualifikation der behandlungsführenden Ärzte, die unter Abschnitt D § 10 Abs. 1 aufgeführten Voraussetzungen jährlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt nachzuweisen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

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 Leistungen erbringen möchte