

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
der LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren**

**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: \_\_\_\_\_

### Abrechnungsgenehmigung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung:

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

Kassenärztlichen Vereinigung: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_ erhalten. Eine Kopie dieser Genehmigung ist beigelegt.

### Nachweis der fachlichen Qualifikation

FA für Innere Medizin und Nephrologie.

FA für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie

sonstige\*: \_\_\_\_\_

\*Ärztinnen und Ärzte, die anderen Fachgebieten zugehören, für die die (Muster)Weiterbildungsordnung die Durchführung therapeutischer Apherese vorsieht, ist die Genehmigung zu erteilen, wenn sie durch geeignete Belege hinreichende Erfahrungen nachweisen:

a) allgemein in der Durchführung der LDL-Apherese und der Behandlung von Apheresetypischen Komplikationen **und**

b) indikationsspezifisch, für Indikationen in der Diagnostik und Behandlung von Fettstoffwechselstörungen **oder** für Indikationen in der Diagnostik und Behandlung von rheumatoider Arthritis

### Organisation in der Praxis

Folgende Verfahren werden angeboten (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

#### Spezifische Verfahren

- Help-Verfahren
- Immunadsorption
- Dextransulfat-Adsorption
- Dali-System

#### Unspezifische Verfahren

- Kaskadenfiltration
- Differentialfiltration
- \_\_\_\_\_

## Erklärungen

Ich erkläre verbindlich, dass die vorgenannten Angaben richtig und vollständig sind. Die diesem Antrag beigefügten Anlagen werden zum Bestandteil dieses Antrages erklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Apherese-Kommission eine Begehung der Praxis/Einrichtung zum Zwecke der Überprüfung der organisatorischen und apparativen Gegebenheiten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vornehmen kann.

\_\_\_\_\_  
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