

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Blutreinigungsverfahren**

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 Blutreinigungsverfahren gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V i.V.m. Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen.

Fachliche Voraussetzungen

- FA für Innere Medizin/ Nephrologie
 FA für Innere Medizin
 FA für Kinder- und Jugendmedizin*

sonstige: _____

Als Facharzt für **Kinderheilkunde ohne** den Schwerpunkt Nephrologie kann ich folgende Nachweise erbringen:

- selbstständige Durchführung von mindestens 1.000 Dialysebehandlungen,
davon: mindestens 250 Hämodialysen
mindestens 250 Peritonealdialysen
- eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der pädiatrischen Nephrologie unter Anleitung*, davon:
- eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der Dialyse unter Anleitung (können auch während der Tätigkeitszeiten gemäß Buchstabe b) abgeleistet werden)

Wichtig!

Die aufgeführten Tätigkeiten sind unter Anleitung **bei einem zur Weiterbildung** für das Gebiet Kinderheilkunde berechtigten Arzt zu erbringen.

Zusätzlich zu den o.g. Nachweisen der gleichwertigen Qualifikation ist das erfolgreiche Absolvieren eines Kolloquiums bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zwingend für eine zukünftige Durchführungs- und Abrechnungsbefugnis.

Anzahl der insgesamt in der Dialysepraxis tätigen Ärzte: _____

Anzahl der Dialysepatienten (Zentrumsdialyse, Zentralisierte Heimdialyse):

In der Dialysepraxis werden jährlich ca. _____ dialysepflichtige Patienten kontinuierlich behandelt.

Anzahl der Dialyseplätze:

Anschrift: _____

Telefon: _____

in der Dialysepraxis: _____ in der Nebenbetriebsstätte: _____

Angabe der ärztlichen Tätigkeitszeiten in der Dialysepraxis:

Wochentag	von - bis	durch:
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der ärztlichen Tätigkeitszeiten in der Nebenbetriebsstätte:

Wochentag	von - bis	durch:
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Erklärung

Ich versichere hiermit, dass alle Angaben in diesem Antragsformular der Richtigkeit entsprechen und die Gegebenheiten in der Dialysepraxis sowie in der/n Nebenbetriebsstätte/n jederzeit vorgehalten werden 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