

**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 (weiterer Arzt, ab dem 3.)
- ☐ FA für Kinder- und Jugendmedizin*

sonstige: _____

Als Facharzt für **Innere Medizin ohne** den Schwerpunkt Nephrologie kann ich als weiter Arzt (ab dem 3.) folgende Nachweise erbringen:

- ☐ eine mindestens 6-monatige ständige Tätigkeit nach der Facharztweiterbildung im Gebiet Innere Medizin unter Anleitung eines Nephrologen in einer Dialyseeinrichtung, die sowohl Hämodialyse- als auch Peritonealdialysepatienten kontinuierlich behandelt.
- ☐ selbstständige Durchführung von mindestens 1.000 Hämodialysen und mindestens 50 Peritonealdialysen nach Abschluss der Facharztweiterbildung im Gebiet Innere Medizin unter Anleitung eines Nephrologen

Als Facharzt für **Kinder- und Jugendmedizin 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 Kinder- und Jugendmedizin 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