

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der Immunapherese**

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.

Organisation in der Praxis

Die Organisation wurde bereits im Rahmen der Genehmigungserteilung zu den Blutreinigungsverfahren nachgewiesen:

ja nein

Folgendes Verfahren wird angewendet:

Immunapherese mittels Adsorbersäulen mit an Silikat gebundenen Staphylokokkenprotein-A:

ja nein

Apparative Ausstattung

Hersteller: _____

Typ: _____ Baujahr: _____

Erklärungen

Ich erkläre verbindlich, dass die vorgenannte Organisation als auch die apparative Ausstattung am Praxissitz zur Verfügung steht.

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.

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

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

Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Immunapherese

Pflegerischer Bereitschaftsdienst

Ich versichere, dass ein eigener 24-stündiger **pflegerischer** Bereitschaftsdienst in der Praxis/ Einrichtung zur Verfügung steht.

ja, Bereitschaftsdienst erfolgt durch folgende nichtärztliche Mitarbeiter:

Name	Qualifikation	Zeiten

nein, es bestehen indes **bindende Absprachen** zur Übernahme von Notfällen mit folgenden benachbarten Praxen/ Einrichtungen:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Name	Anschrift	Qualifikation	Zeiten

Ort, Datum, BSNR

Stempel/ Unterschrift des Vertragsarztes

Stempel/ Unterschrift der kooperierenden Praxis/ Einrichtung