

**Versorgungsauftrag
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der Dialyse als weiterer Arzt**

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.

Genehmigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Dialyseleistungen (ohne eigenen Versorgungsauftrag).

ja (wenn ja, bitte den folgenden Abschnitt überspringen) nein

Versorgungsauftrag gemäß § 3 der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen:

Ich beantrage die Übernahme eines Versorgungsauftrages gemäß

§ 3 abs. 3a (Vertragsärzte – Ermächtigte Einrichtungen)

§ 3 abs. 3e (Kinderärzte)

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:

	Ort:	Anzahl der Plätze:
in der Dialysepraxis:		
in der Nebenbetriebsstätte:		
in der Nebenbetriebsstätte		
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		

Erklärungen

Ich versichere die Richtigkeit der in diesem Antrag und den dazugehörigen Anlagen gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitteilen.

Die diesem Antrag beigefügten Anlagen werden hiermit zum Bestandteil des Antrages erklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Dialyse-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung eine Begehung der Dialysepraxis/-einrichtung zum Zwecke der Überprüfung der organisatorischen und apparativen Gegebenheiten 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