

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege
gemäß der Richtlinie des G-BA (AKI-RL)**

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: _____

Nachweis der fachlichen Befähigung

- Ich verfüge über entsprechende Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten bzw. werde mir diese aneignen und binnen 6 Monaten der KVSA entsprechende Nachweise vorlegen.

Die Kompetenzen können durch die Teilnahme an Fortbildungen nachgewiesen werden, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen angeboten werden.

- Kompetenznachweis/Teilnahmebescheinigung ist beigelegt
- Kompetenz wird angeeignet und in 6 Monaten nachgereicht

Einverständniserklärung

Der Antragsteller gibt sein Einverständnis zur Veröffentlichung seiner Daten zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V.

Der Antragsteller erteilt das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall im Rahmen der Antragsbearbeitung hinsichtlich der Weiterbildung und fachlichen Qualifikation erforderliche Informationen und Nachweise bei anderen Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern einholen kann.

Allgemeine Hinweise

Jede Veränderung ist der KV Sachsen-Anhalt unverzüglich anzuzeigen.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben:

Datum

Unterschrift des Leistungserbringer/in

Stempel

bei angestellten Ärzten/Ärztinnen in Praxen/MVZ:

Datum

Unterschrift des Vertragsarztes/MVZ

Stempel

bei angestellten Ärzten in Krankenhäusern:

Datum

Unterschrift Krankenhaus

Stempel