

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren**

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.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

FA für Innere Medizin und Nephrologie.

FA für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie

sonstige*: _____

*Ärztinnen und Ärzte, die anderen Fachgebieten zugehören, für die die (Muster)Weiterbildungsordnung die Durchführung therapeutischer Apherese vorsieht, ist die Genehmigung zu erteilen, wenn sie durch geeignete Belege hinreichende Erfahrungen nachweisen:

a) allgemein in der Durchführung der LDL-Apherese und der Behandlung von Apheresetypischen Komplikationen **und**

b) indikationsspezifisch, für Indikationen in der Diagnostik und Behandlung von Fettstoffwechselstörungen **oder** für Indikationen in der Diagnostik und Behandlung von rheumatoider Arthritis

Organisation in der Praxis

Folgende Verfahren werden angeboten (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

Spezifische Verfahren

- Help-Verfahren
- Immunadsorption
- Dextransulfat-Adsorption
- Dali-System

Unspezifische Verfahren

- Kaskadenfiltration
- Differentialfiltration
- _____

Erklärungen

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

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.

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