

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

- ☐ **Erstmaliger Antrag**
- ☐ **Antrag für einen weiteren, zusätzlichen Videodienstanbieter**
- ☐ **Wechsel des Videodienstanbieters**

Antragstellung für eine Einzelpraxis oder eine Berufsausübungsgemeinschaft

Name und Bezeichnung der Einrichtung (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft)

☐ Ich bin/wir sind niedergelassen.

☐ Die Niederlassung ist geplant ab: _____

☐ Ich übernehme/wir übernehmen die Praxis von:

ab: _____.

Antragstellung für angestellte Ärzte und/oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber, den Ärztlichen Leiter oder Geschäftsführer des MVZ zu stellen:

Name und Bezeichnung des Vertretungsberechtigten:

Name und Bezeichnung des Medizinischen Versorgungszentrums

Anschrift des Hauptstandortes:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ **Fax:** _____ **E-Mail:** _____

BSNR: _____

Ich beantrage/Wir beantragen die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Videosprechstunde gemäß der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 SGB V i.V.m. Anlage 31b BMV-Ä

Nachweis der räumlichen Voraussetzungen

- ☐ Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, statt.

Nachweis der apparativ-technischen Voraussetzungen

- ☐ Die technischen Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 31b BMV-Ä werden erfüllt:
- Bildschirm, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher. Deren Funktionalitäten können auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein.
- ☐ Die Videosprechstunde ist eine ärztliche Leistung und wird nur von einem Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeuten bzw. angestelltem Arzt durchgeführt.
- ☐ Ein KBV-zertifizierter Videodienstanbieter wird genutzt (Anlage 2: Bescheinigung des Videodienstanbieters über die erforderlichen Nachweise gemäß § 5 Abs. 2 Anlage 31b BMV-Ä bitte beifügen)

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

- ☐ Gemäß § 2 der Vereinbarung werden für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten die rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet, die sich insbesondere aus den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie des Zehnten Gesetzbuches (SGB X) ergeben.
- ☐ Zudem wird im Hinblick auf die Datensicherheit in den Räumlichkeiten gewährleistet, dass bei der Verarbeitung personenbezogener Daten die technischen und organisatorischen Maßnahmen entsprechend § 9 BDSG eingehalten werden.

Allgemeines

Leistungen zur Videosprechstunde dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche schriftliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KVSA erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind grundsätzlich zu beachten.

Der/Die Unterzeichner/in versichert die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 SGB V zu erfüllen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere zur Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung, den Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes

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