

Antrag auf Genehmigung:

Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (QS-Vereinbarung Akupunktur)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragungsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ bzw. gleichwertige Qualifikation
- Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80 Stunden-Curriculum „Kern (Basis) Veranstaltung“)

Hinweis: Bei Vorliegen einer Genehmigung der KVSH zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung entfällt die Nachweispflicht des 80-Stunden-Curriculums.

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- Von der Ärztekammer anerkannter interdisziplinärer Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

Hinweis: Bei Vorliegen einer Genehmigung der KVSH zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entfällt die Nachweispflicht für den interdisziplinären Kurs.

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- räumlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllt werden (§ 4).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis zu überprüfen (§ 7 Abs. 4).

Unterschrift(en)

_____ Datum

_____ ggf. Praxisstempel

_____ Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

_____ Angestellte Person