

Antrag auf Genehmigung:

Apherese (Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I, Nr. 1)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztausweis)

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 Arzregisters, 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-

Facharzt für

- Innere Medizin und Nephrologie oder
- Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Nephrologie oder

Hinweis: Die Genehmigung ist auf die Indikationen nach § 3 Abs. 1 und 2 zu beschränken, wenn sie nicht die indikationsspezifischen Anforderungen nach Satz 3 b 2. Spiegelstrich erfüllen.

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

- andere Fachgebiete für die die (Muster-)Weiterbildungsordnung die Durchführung therapeutischer Apheresen vorsieht – Nachweise gemäß § 2 Abs. 1 a) und b)

Hinweis: Die Genehmigung ist auf die Indikation zu beschränken, für die die indikationsspezifischen Anforderungen nach Buchstabe b erfüllt sind.

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