

**Antrag auf Genehmigung:  
Apherese (Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I, Nr. 1)**

Name, Vorname:	(Name des Arztes <sup>1</sup> , der die Leistungen erbringen soll)	
LANR:	<b>oder</b>	Eintragungsnummer der KVSH: (Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztrechnerauszug)

**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](http://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 Arztreisters, 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.

<sup>1</sup> 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