

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Verfahren zur Balneophototherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Allgemeine Hinweise	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.
Leistung	<p>10350 EBM</p> <p><input type="checkbox"/> Synchroner Photosoletherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Asynchrone Photosoletherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Bade-PUVA-Therapie</p>
Betriebsstätten	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
Fachliche Voraussetzungen	<p><input type="checkbox"/> Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten gemäß § 3 -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Zeugnisse und Bescheinigungen über selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen. Davon müssen mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie nachgewiesen werden. -bitte beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis zu Kenntnissen über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie. -bitte beifügen-</p>

Apparative Voraussetzungen		ja	nein
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle zur Balneophototherapie eingesetzten Geräte erfüllen die apparativen Voraussetzungen nach § 4 der Vereinbarung. ▪ Der von der Herstellerfirma ausgefüllte und unterschriebene Apparatebogen liegt anbei. -bitte beifügen- 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Räumliche/organisatorische Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der asynchronen Photosoletherapie bzw. bei der Bade-PUVA-Therapie befinden sich die Räume für Bad und Bestrahlung in unmittelbarer Nähe (§ 5 Abs. 1). 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Für <u>alle</u> Verfahren der Balneophototherapie gelten folgende weitere Anforderungen gemäß § 5 Abs. 2:		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Freie Zugänglichkeit der Wanne von mindestens zwei Seiten. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pro Badewanne eine Umkleiemöglichkeit für den Patienten in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneophototherapie. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenliege in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneotherapie. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientendusche in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen der Balneophototherapie. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausreichende Lüftungsmöglichkeiten der Behandlungsräume der Balneotherapie. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Anordnung der Räume und Geräte sollen den Schutz der Privatsphäre der Patienten gewährleisten. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Anforderungen an Badelösung und Folie gemäß § 6:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bei <u>synchroner Photosoletherapie</u>: 10%ige Sole (Totes-See-Salz) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bei <u>asynchroner Photosoletherapie</u>: 25%ige Sole (Kochsalz) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bei <u>Bade-PUVA-Therapie</u>: 8-Methoxypsoralenlösung laut arzneimittelrechtlicher Zulassung 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Folie muss zur Anwendung am Menschen geeignet sein 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Weitere Anforderungen gemäß § 6:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regelmäßige technische Wartung des Bestrahlungsgeräts entsprechend der Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entsprechender Nachweis pro Gerät (nicht älter als 24 Monate bei Antragstellung) -bitte beifügen-			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leuchtmittelwartung bei allen Geräten mit oder ohne integrierte UV-Messung 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel („Dosimetrie“) durch ein gemäß MPBetreibV qualifiziertes Wartungsunternehmen nach 200 Betriebsstunden bzw. nach einem Jahr (ausschlaggebend ist das jeweils zuerst erreichte Kriterium). Im Rahmen dieser Wartung ist das bzw. sind die UV-Messgerät(e) (integrierte UV-Messgeräte oder Hand-Dosimeter) der Arztpraxis zu kalibrieren. Zusätzlich bei Bestrahlungsgeräten ohne integrierte UV-Messgeräte vierteljährliche Überprüfung der Bestrahlungsintensität der Leuchtmittel („Dosimetrie“) mittels eines auf das Emissionsspektrum abgeglichenen Hand-Dosimeters.</p>			

Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen	Entsprechender Nachweis pro Gerät (nicht älter als 12 Monate bei Antragstellung) <u>-bitte beifügen-</u>		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenaufklärung über Therapieziel und -verlauf, Nebenwirkungen und mögliche Langzeitrisiken der Behandlung, Information über Möglichkeit der Erfassung Dokumentation der kumulativen Bestrahlungsdosis, der Strahlenart und des Bestrahlungszeitraums für den Patienten (evtl. „UV-Pass“) ▪ Unmittelbarkeit der Bestrahlung nach dem Bad bei asynchronen Verfahren (nach max. 5 Minuten) ▪ Unmittelbare Erreichbarkeit eines Dermatologen ▪ Vorhalten eines Notfallkoffers/Blutdruckmessgerätes ▪ Einweisung des Personals, das für die Bedienung des Bestrahlungsgerätes zuständig ist, in die Gerätebedienung durch den Hersteller oder durch ein vom Hersteller beauftragtes Unternehmen oder durch den Dermatologen (bzw. durch eine vom Dermatologen entsprechend beauftragte und geschulte Person) ▪ Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400nm während der Bestrahlung) ▪ Eine Kommunikation zwischen Patient und Medizinischer Fachangestellter muss während der Behandlung zu jeder Zeit möglich sein ▪ Es dürfen nur die vom Hersteller empfohlenen Leuchtmittel verwendet werden 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dokumentation gemäß § 7 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ich werde jeden Behandlungsfall gemäß den Anforderungen der derzeit gültigen Vereinbarung dokumentieren und der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Dokumentationen der Behandlungsfälle vorlegen. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genehmigungsverfahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 9 Abs. 5 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 		<input type="checkbox"/>
Zustimmung	Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie einschließlich der Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Kenntnis genommen zu haben.		<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt