

Antrag auf Genehmigung: Zur Balneophototherapie (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer 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

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt 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.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

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

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Verfahren

- Synchrone Photosoletherapie
- Asynchrone Photosoletherapie
- Bade-PUVA-Therapie

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

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“
- Zeugnisse und Bescheinigungen über selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie.
- Nachweis zu Kenntnissen über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie.

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Der von der Herstellerfirma ausgefüllte und unterschriebene Apparatebogen liegt anbei.

Organisatorische Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Regelmäßige technische Wartung des Bestrahlungsgeräts entsprechend der Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren
- Leuchtmittelwartung bei allen Geräten mit oder ohne integrierte UV-Messung (§ 6 Abs. 3)

Erklärung

- Es wird versichert, dass die in der Vereinbarung aufgeführten räumlichen Anforderungen dauerhaft erfüllt werden. Über Änderungen werde ich die KVSH zeitnah informieren. (§ 5 der Vereinbarung)
- Ich verpflichte mich, die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß §§ 6 und 7 der Vereinbarung zu erfüllen. Insbesondere ist der Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400nm während der Bestrahlung) gewährleistet.
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.

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