

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Dialysebehandlungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V






<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> GOP 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612 EBM (ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie) <input type="checkbox"/> GOP 04560, 04561, 04562, 04563, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573 EBM (ausschließlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie)																		
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ nach § 8 Abs. 1 der Vereinbarung <input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Kinderheilkunde“ Die fachliche Befähigung gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 8 Abs. 2 nachgewiesen werden: <ul style="list-style-type: none"> ☞ Selbstständige Durchführung von mindestens 1.000 Dialysen unter Anleitung, davon mindestens 250 Hämodialysen und mindestens 250 Peritonealdialysen. ☞ Mindestens 24monatige ständige Tätigkeit in der pädiatrischen Nephrologie unter Anleitung. ☞ Mindestens 12monatige ständige Tätigkeit in der Dialyse unter Anleitung. Diese Tätigkeitszeiten können auch während der Tätigkeitszeiten in der pädiatrischen Nephrologie (gemäß § 4 Abs. 2, Buchstabe b) abgeleistet werden. ☞ Die Anleitung hat bei einem entsprechend zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung befugten Arzt für das Gebiet Kinderheilkunde stattzufinden. ☞ Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium gemäß § 9 Abs. 1 nach Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen. <input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Kinder-Nephrologie“ Bei Ärzten, die nach den weiterbildungsrechtlichen Regelungen der Ärztekammer die Zusatz-Weiterbildung Kinder-Nephrologie erworben haben, gilt die fachliche Befähigung durch die Vorlage von Zeugnissen nach § 8 Abs. 2 als nachgewiesen.																		
Apparative Voraussetzungen	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Anforderungen gemäß § 6</th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☞ Die Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>☞ Es sind Dialysen mit High-Flux Dialysatoren möglich.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>☞ Die Verwendung von Actetatdialysat ist möglich.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>☞ Die Verwendung von Bikarbonatdialysat ist möglich.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>☞ Das benötigte Reinwasser für die Herstellung von Dialysat wird mit einer Umkehrosiose aufbereitet.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Anforderungen gemäß § 6	ja	nein	☞ Die Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☞ Es sind Dialysen mit High-Flux Dialysatoren möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☞ Die Verwendung von Actetatdialysat ist möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☞ Die Verwendung von Bikarbonatdialysat ist möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☞ Das benötigte Reinwasser für die Herstellung von Dialysat wird mit einer Umkehrosiose aufbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderungen gemäß § 6	ja	nein																	
☞ Die Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
☞ Es sind Dialysen mit High-Flux Dialysatoren möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
☞ Die Verwendung von Actetatdialysat ist möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
☞ Die Verwendung von Bikarbonatdialysat ist möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
☞ Das benötigte Reinwasser für die Herstellung von Dialysat wird mit einer Umkehrosiose aufbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

		ja	nein
Für die Behandlung von Notfällen wird folgendes vorgehalten:			
	Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absaugvorrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für Hämoglobin- oder Hämatokritbestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Voraussetzungen	Anforderungen gemäß § 1 und § 5		
	<input type="checkbox"/>	Zentrumsdialyse	
	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
		Name:	<input type="text"/>
		Anschrift:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Heimdialyse	
	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
		Name:	<input type="text"/>
		Anschrift:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Zentralisierte Heimdialyse	
	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit	
		Name:	<input type="text"/>
		Anschrift:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Peritonealdialyse		
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit		
	Name:	<input type="text"/>	
	Anschrift:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Dialyse von Erwachsenen		
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit nachstehendem Transplantationszentrum		
	Name:	<input type="text"/>	
	Anschrift:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Kinderdialysen		
<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit nachstehendem Transplantationszentrum für Kinder		
	Name:	<input type="text"/>	
	Anschrift:	<input type="text"/>	



Für die pädiatrische und psychosoziale Betreuung stehen folgende Fachkräfte zur Verfügung:



Name:

Berufsbezeichnung:

Anschrift:



Name:

Berufsbezeichnung:

Anschrift:



Name:

Berufsbezeichnung:

Anschrift:



Name:

Berufsbezeichnung:

Anschrift:

Anforderungen gemäß § 5 Abs. 4

Die ärztliche Präsenz sowie Rufbereitschaft im Urlaubs- oder Krankheitsfall ist gewährleistet.

Ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst ist gewährleistet.

Falls nein: Es bestehen bindende Absprachen mit folgender/n Dialysepraxis/en bzw. Dialyseeinrichtung/en zur Übernahme von Notfällen:

Name:

Anschrift:

Zentralisierte Heimdialyse gemäß § 5 Abs. 5

Bei der Durchführung von Dialysen als „Zentralisierte Heimdialyse“ ist gewährleistet, dass ich bei Komplikationen und Zwischenfällen innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung stehe.

Bei lebensbedrohenden Komplikationen und Zwischenfällen steht auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar zur Verfügung.

Ich bestätige, dass in der Einrichtung jeder Patient mindestens einmal pro Woche persönlich von mir beraten und beurteilt wird.

Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“ gemäß § 5 Abs. 7

In meiner Dialysepraxis stehen für Erwachsene mindestens Behandlungsplätze zur Verfügung.

Es werden pro Jahr bei ca. Patienten Dialysebehandlungen und ca. Hämodialysebehandlungen durchgeführt.



Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 						
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	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; vertical-align: top;"> <p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja	nein					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein beauftragt werden kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

Ich bestätige, die Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren, sowie die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

