

**Antrag auf Genehmigung:  
Geriatric (QS-Vereinbarung Spezialisierte geriatriche Diagnostik)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

**oder**

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arzregisterauszug)

**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 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.

**Fachliche Voraussetzungen** -bitte beifügen-

- Schwerpunktbezeichnung Geriatric im Zusammenhang mit den Facharztbezeichnungen Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatric und Psychotherapie  
oder
- Facharztbezeichnung Innere Medizin und Geriatric  
oder
- Zusatzbezeichnung Geriatric  
oder
- Facharztbezeichnung Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Physikalische und rehabilitative Medizin
- Im Jahr vor der Antragstellung: Behandlung von 100 Patienten nach § 2 der Vereinbarung zu § 118a SGB V
- Besondere geriatriche Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden
- 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung
- Notwendige ärztliche Tätigkeiten:
  - Ich bestätige, dass ich 12 Monate in einer medizinisch-geriatriche Einrichtung unter Anleitung eines Geriatricers, der die fachlichen Voraussetzungen der Vereinbarung erfüllt, tätig war.

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

- Ich bestätige, dass ich 6 Monate in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters, der die fachlichen Voraussetzungen der Vereinbarung erfüllt, tätig war **und** verpflichte mich, in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren.

**Kooperation mit weiteren Berufsgruppen** -bitte beifügen-

Berufsgruppe	In eigener Praxis beschäftigt**	Externe Kooperationen
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	siehe Anlage
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	siehe Anlage
Logopädie	<input type="checkbox"/>	siehe Anlage

\*\*Die Qualifikation nach § 5 der QS-Vereinbarung ist erfüllt und kann nach Anforderung durch entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden. Die Anstellungsverträge sind beigelegt.

**Erklärung**

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- organisatorischen Anforderungen erfüllt werden (§ 6).
- Anforderungen der räumlichen Ausstattung erfüllt werden (§ 7).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der 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

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

## Anlage

### Kooperationsvertrag mit weiteren Berufsgruppen nach § 5 der QS-Vereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik

#### Kooperation mit weiteren Berufsgruppen

Berufsgruppe	Externe Kooperationen
Physiotherapie	
	Name, Anschrift der Räumlichkeiten in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Arztpraxis
Ergotherapie	
	Name, Anschrift der Räumlichkeiten in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Arztpraxis
Logopädie	
	Name, Anschrift der Räumlichkeiten in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Arztpraxis

#### Erklärung

Die Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie

- mit dem antragstellenden Arzt bei Bedarf in den Räumlichkeiten nach § 7 oder in unmittelbarer räumlicher Nähe kooperieren (§ 4).
- die Qualifikation nach § 5 Abs. 2 erfüllen und auf Anforderung durch entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen nachweisen können.
- Änderungen des Kooperationsvertrages der KVSH unverzüglich mitteilen.

#### Unterschrift(en)

\_\_\_\_\_  
Datum

ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (**Physiotherapeut**)

\_\_\_\_\_  
Datum

ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (**Ergotherapeut**)

\_\_\_\_\_  
Datum

ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (**Logopäde**)