

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 Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik

<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>												
<b>Leistungen</b>	30981 Vorabklärung 30984 Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments laut QS-Vereinbarung 30985 Zuschlag zur GOP 30984 30986 Zuschlag zur GOP 30985												
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____												
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		ja	nein	Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein											
Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“. <b>-bitte beifügen-</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<p><b>-bitte beifügen-</b> Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Physikalische und rehabilitative Medizin“ und</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Jahr vor Antragstellung Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V und</li> <li>- besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden und</li> <li>- 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung und</li> <li>- Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von 12 Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters gemäß Abs. 1 oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit erfüllt</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine mindestens 6-monatige Tätigkeit gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 5 nachgewiesen wurde und der Arzt sich verpflichtet, in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bauliche Voraussetzungen</b>	<p>Ich erfülle die Anforderungen an die räumliche Ausstattung gem. § 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Zugang und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung sowie die sanitären Einrichtungen sind behindertengerecht.</li> <li>▪ Barrierefreiheit ist <ul style="list-style-type: none"> <li>- gewährleistet</li> <li>- angestrebt</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<b>Personelle Voraussetzungen/ Kooperation</b>	<p>Gemäß § 5 gewährleiste ich die mögliche Einbindung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten.</p> <p>Darüber hinaus gewährleiste ich, dass die nachfolgend namentlich aufgeführten Berufsgruppen die Qualifikation nach § 5 Abs. 2 QS-Vereinbarung erfüllen: <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><b>Physiotherapie</b></p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p><b>Ergotherapie</b></p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p><b>Logopädie</b></p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p>		

<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>	<p>Ich verpflichte mich gem. § 6:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zur Teilnahme an Multiprofessionellen Qualitätszirkeln zu geriatrischen Themen – mindestens einmal jährlich –.</li> <li>2. Regelmäßig Schulungen der Praxismitarbeiter sicherzustellen.</li> <li>3. Patientenorientierte Fallbesprechungen mit Beteiligung der eingebundenen Berufsgruppen gem. § 5 durchzuführen.</li> </ol>	
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	<p>Ich bin einverstanden, dass die KVSH die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen meiner Praxis entsprechend der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik zu überprüfen.</p> <p>Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	<input type="checkbox"/>  <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