

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

### 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

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></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 Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></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><b>Tätig in:</b> 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><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></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"/>	

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

<b>Beantragte Leistungen</b>	30981 Vorabklärung 30984 Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments laut QS-Vereinbarung 30985 Zuschlag zur GOP 30984 30986 Zuschlag zur GOP 30985		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“. Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Physikalische und rehabilitative Medizin“ und ☞ im Jahr vor Antragstellung Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V und ☞ besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden und ☞ 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung und ☞ 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 oder ☞ 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.	ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Bauliche Voraussetzungen</b>	Ich erfülle die Anforderungen an die räumliche Ausstattung gem. § 7: ☞ Der Zugang und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung sowie die sanitären Einrichtungen sind behindertengerecht. ☞ Barrierefreiheit ist - gewährleistet - angestrebt	<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:</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> <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>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>
<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 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"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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