

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V (Anlage 33 BMV-Ä)

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 		
Leistungen	01920, 01921, 01922 EBM		
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____		
Fachliche Voraussetzungen	Anforderungen gemäß § 4: Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids oder Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeinmedizin ▪ Innere Medizin ▪ Kinder- und Jugendmedizin ▪ Frauenheilkunde und Geburtshilfe ▪ Urologie ▪ Haut- und Geschlechtskrankheiten und	ja	nein

	<p>eine mindestens 16-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten -bitte beifügen-</p> <p>und</p> <p>Präsenz bei der Behandlung von 15 Personen mit HIV/Aids und/oder mit PrEP -bitte beifügen-</p> <p>und</p> <p>theoretische Kenntnisse im Bereich HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung -bitte beifügen-</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<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"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 		<input type="checkbox"/>
Zustimmung	Ich bestätige, die Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V (Anlage 33 BMV-Ä) zur Kenntnis genommen zu haben.		<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