

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 einer genehmigungspflichtigen Leistung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <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. 															
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>															
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dem Antrag liegen Zeugnisse und Bescheinigungen bei, denen sowohl der Zeitraum meiner Ausbildung als auch die Erfüllung der Erfordernisse der §§ 3 und 11 zu entnehmen sind:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eine mindestens 1/2-jährige ganztägige oder entsprechend teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/ Aids-Patienten, welche den Anforderungen nach § 11 Abs. 2 entspricht -bitte beifügen-</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Selbstständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst -bitte beifügen-</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung. -bitte beifügen-</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden!</p>		ja	nein	Dem Antrag liegen Zeugnisse und Bescheinigungen bei, denen sowohl der Zeitraum meiner Ausbildung als auch die Erfüllung der Erfordernisse der §§ 3 und 11 zu entnehmen sind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eine mindestens 1/2-jährige ganztägige oder entsprechend teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/ Aids-Patienten, welche den Anforderungen nach § 11 Abs. 2 entspricht -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung. -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein														
Dem Antrag liegen Zeugnisse und Bescheinigungen bei, denen sowohl der Zeitraum meiner Ausbildung als auch die Erfüllung der Erfordernisse der §§ 3 und 11 zu entnehmen sind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Eine mindestens 1/2-jährige ganztägige oder entsprechend teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/ Aids-Patienten, welche den Anforderungen nach § 11 Abs. 2 entspricht -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Selbstständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung. -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Organisatorische/ bauliche Voraussetzungen		ja	nein
	Die patientengruppenübergreifende spezialisierte Versorgung von HIV-/Aids-Patienten durch mich umfasst die Durchführung der in § 4 beschriebenen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die patientengruppenspezifische spezialisierte Versorgung von HIV-/Aids-Patienten durch mich umfasst die Durchführung der in § 5 beschriebenen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die in § 6 Abs. 1 geforderten organisatorischen Maßnahmen werden durch mich vorgehalten:		
	Ich nehme regelmäßig an HIV-/Aids-spezifischen Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen und Arbeitsgruppen teil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die regelmäßige Schulung der eigenen Praxismitarbeiter ist sichergestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich verpflichte mich, die zur Versorgung von HIV-/Aids-Patienten in besonderem Maße erforderliche Qualifikation durch die Erfüllung der in § 10 gesondert beschriebenen Voraussetzungen zu erfüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die relevanten sozial-versorgungsrechtlichen Vorschriften werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Praxiseinrichtung verfügt über mindestens einen separaten Liege- und Infusionsplatz	<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	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: <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 o. g. Vereinbarung 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
Ärztliche Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt