

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 speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA)

<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>Leistungen</p>	<p>30940 Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung</p> <p>30942 Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 30946</p> <p>30944 Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 30946</p> <p>30946 Abklärungs-Diagnostik der/von Kontakt-/Bezugsperson/-en nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers</p> <p>30948 Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Anhang Abschnitt 30.12 EBM</p> <p>30950 Bestätigung einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich(e)</p> <p>30952 Ausschluss einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich(e)</p>
<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>

Fachliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ich führe die Zusatzbezeichnung „Infektiologie“ -bitte beifügen- ▪ Ich habe an einer von der KVSH zertifizierten, 3-stündigen Fortbildung teilgenommen. -bitte beifügen- ▪ Ich habe an einer von der KVSH anerkannten Online-Fortbildung teilgenommen. -bitte beifügen- 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Organisatorische Voraussetzungen	Hiermit bestätige ich, dass ich die organisatorischen Voraussetzungen nach § 4 der QS-Vereinbarung MRSA erfülle.	<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 o. g. Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA 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