Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg
Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Antrag auf Genehmigung:
Zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA)

Name, Vorname: _____
(Name des Arztes[1], der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____ **oder** Eintragungsnummer der KVSH: _____
(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

☐ Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

☐ Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen".

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

☐ alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Zusatzweiterbildung „Infektiologie" oder
- Teilnahme an einer von der KV zertifizierten 3-stündigen Fortbildung oder
- Teilnahme an einer von der KBV anerkannten Online-Fortbildung

[1] Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt"), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Organisatorische Voraussetzungen

Die organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 4 der QS-Vereinbarung MRSA werden erfüllt.

Unterschrift(en)

Datum	ggf. Praxisstempel	Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person