

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de










### 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>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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>	<p><b>30940</b> Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung</p> <p><b>30942</b> Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 30946</p> <p><b>30944</b> Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 30946</p> <p><b>30946</b> Abklärungs-Diagnostik der/von Kontakt-/Bezugsperson/-en nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers</p> <p><b>30948</b> Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Anhang Abschnitt 30.12 EBM</p> <p><b>30950</b> Bestätigung einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich(e)</p> <p><b>30952</b> Ausschluss einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich(e)</p>		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li> Ich führe die Zusatzbezeichnung „Infektiologie“</li> <li> Ich habe an einer von der KVSH zertifizierten, 3-stündigen Fortbildung teilgenommen.</li> <li> Ich habe an einer von der KVSH anerkannten Online-Fortbildung teilgenommen.</li> </ul>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>	Hiermit bestätige ich, dass ich die organisatorischen Voraussetzungen nach § 4 der QS-Vereinbarung MRSA erfülle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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>	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.		
<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 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>



Ich bestätige, die o. g. Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA 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

