

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 Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen gemäß der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

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	Gebührenordnungspositionen 37300, 37302, 37317, 37318			
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____			
Fachliche Voraussetzungen	Folgende Anforderungen nach Anlage 1 werden erfüllt: <u>Praktische Erfahrung</u> <ul style="list-style-type: none"> mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team -bitte beifügen- oder Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre -bitte beifügen- und <u>Theoretische Kenntnisse</u> <ul style="list-style-type: none"> 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer -bitte beifügen- oder 		ja	nein

	<ul style="list-style-type: none"> Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle - 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach -bitte beifügen- <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden) nach. -bitte beifügen- 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische Voraussetzungen	Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team gemäß § 4: Nachweis über die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern gemäß Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich verfüge über gültige BTM-Rezepte gemäß § 6	<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
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt