

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Antrag auf Genehmigung:

Zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer 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

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung der kardiorespiratorischen

- Polygraphie (siehe I.) an Betriebsstätten-Nummer: _____
- Polysomnographie einschließlich Polygraphie (siehe II.) an Betriebsstätten-Nummer: _____

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

I. Polygraphie

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“
oder
- Teilnahme an einem Kurs gemäß § 4 Abs. 2 b **und** Berechtigung zum Führen eine der nachfolgenden Fachgebietsbezeichnungen:
 - Allgemeinmedizin
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - Kinder- und Jugendmedizin
 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 - Neurologie
 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Innere Medizin ohne Schwerpunkt
 - Innere Medizin und Kardiologie
 - Innere Medizin und Pneumologie

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Bestätigung des Geräteherstellers, dass die in § 5 genannten apparativen Voraussetzungen erfüllt werden.

Erklärung

- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.

II. Polysomnographie (einschließlich Polygraphie)

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
- Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 3

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Bestätigung des Geräteherstellers, dass die in § 7 genannten apparativen Voraussetzungen erfüllt werden.

Erklärung

- Es wird versichert, dass die in der Vereinbarung aufgeführten räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen dauerhaft erfüllt werden. Über Änderungen werde ich die KVSH zeitnah informieren (§ 7 der Vereinbarung).
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.

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