

Praxisstempel

**Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung
zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung
zu den Blutreinigungsverfahren**

**Hinweis: Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem
Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.**

Die Antragstellung erfolgt für: _____ LANR: _____
Name, Vorname, Titel

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab _____

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

.....

.....
Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Organisatorische Anforderungen

Folgende Dialyseverfahren werden in Kooperation durchgeführt:

Es besteht eine Kooperation mit folgender Dialysepraxis: _____

Es besteht eine Kooperation mit folgendem Transplantationszentrum:

Für Kinder:

Für Erwachsene:

Für die pädiatrische und psychosoziale Betreuung von Kindern stehen folgende Fachkräfte zur Verfügung:

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich erkläre, dass die in § 6 der Vereinbarung genannten Voraussetzungen bezüglich der apparativen Ausstattung erfüllt werden.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

! Zudem ist eine Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten zu beantragen, sofern Sie in einer neu zu etablierenden Praxis tätig werden.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**