

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages zur Versorgung chron. Niereninsuffizienter Patienten

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Angaben zur Änderung des Versorgungsauftrages

- Die Änderung des Versorgungsauftrages erfolgt aufgrund der Anstellung/Zulassung eines weiteren Arztes

(Name des Arztes)

- Die Änderung des Versorgungsauftrages erfolgt aufgrund des ausscheidenden Arztes

(Name des Arztes)

- Die Änderung des Versorgungsauftrages erfolgt aufgrund eines Standortwechsels der nephrologischen Einrichtung (**neue Adresse siehe oben**)

- Die Änderung des Versorgungsauftrages erfolgt aufgrund einer Patientenerhöhung von z. Zt. _____ Patienten auf _____ Patienten.

Die Begründung einer Patientenerhöhung ist diesem Antrag beizufügen.

Anforderungen an die Einrichtung gem. der Anlage 9.1 BMV-Ä

- In der Praxis werden folgende Patientengruppen gem. § 2 der Anlage 9.1 BMV-Ä behandelt: (bitte ankreuzen)
- akut, akut rezidivierend oder chronisch niereninsuffiziente Patienten, die mit Blutreinigungsverfahren behandelt werden
 - Patienten in Krankheitsstadien, welche einer sofortigen Nierenersatztherapie bedürfen
 - Patienten mit nephritischem und/oder nephrotischem Syndrom, angeborener und/oder chronisch progredienter Nierenerkrankung
 - Chronisch niereninsuffiziente Patienten im Stadium der Kompensation
 - Patienten mit präterminaler chronischer Niereninsuffizienz
 - Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die zur Aufnahme in ein Transplantationsprogramm vorgesehen sind
 - Patienten in der Transplantationsnachsorge

Anforderungen an die Einrichtung gem. Anhang 9.1.2 zur Anlage 9.1. BMV-Ä

- Ich bestätige, dass die im **Anhang 9.1.3** genannten Leistungen in der Praxis / Einrichtung vorgehalten werden.
- Ich bestätige, dass die im **Anhang 9.1.3** genannten genehmigungspflichtigen Leistungen
- Ultraschall - Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) und / oder der Urogenitalorgane (außer weibliche Genitalorgane)
 - MRSA
 - Speziallabor - BGA
 - LZ-EKG (kann auch auf Überweisung erfolgen)

in der Praxis / Einrichtung vorgehalten werden.

Hinweis: Die o.g. genehmigungspflichtigen Leistungen werden mit den entsprechenden Antragsformularen bei der KVH, Abteilung Genehmigung, beantragt.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Anlage 9.1 BMV-Ä)

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenene Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel