

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der speziellen Schmerztherapie

**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 _____ am Standort _____

Eine schriftliche Anerkennung als spezielle schmerztherapeutische Einrichtung gem. Anlage 1
der Schmerztherapie-Vereinbarung liegt für den o.g. Standort vor.

Organisatorische Anforderungen

Die folgenden, in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten,
fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren werden in eigener Praxis oder in
Kooperation mit einer anderen Vertragsarztpraxis erbracht:

(Min. 3 fakultative Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren müssen in eigener Praxis
erbracht werden).

<u>Verfahren</u>	wird in eigener Praxis erbracht (bitte ankreuzen)	wird konsiliarisch mit folgender Vertragsarztpraxis erbracht (bitte Name u. Adresse eintragen)
------------------	---	--

Manuelle Untersuchungs- und
Behandlungsverfahren

Physikalische Therapie

Therapeutische Leitungs-, Plexus-
und rückenmarksnahe Anästhesien

Sympathikusblockaden	<input type="checkbox"/>	_____
Rückenmarksnahe Opioidapplikation	<input type="checkbox"/>	_____
Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren	<input type="checkbox"/>	_____
Übende Verfahren	<input type="checkbox"/>	_____
Hypnose	<input type="checkbox"/>	_____
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	_____
Minimal-invasive Intervention	<input type="checkbox"/>	_____
Operative Therapie	<input type="checkbox"/>	_____
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	_____

Anforderungen an die Praxisausstattung

An folgenden Tagen werden regelmäßig schmerztherapeutische Sprechstunden abgehalten (§ 5 Abs. 2 Schmerztherapie-Vereinbarung):

Wochentag:

Stundenzahl:

- _____
- _____
- _____
- _____

Rechtlicher Hintergrund

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie).

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**