

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 <small>(bitte ankreuzen)</small>	wird konsiliarisch mit folgender Vertragsarztpraxis erbracht <small>(bitte Name u. Adresse eintragen)</small>
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien	<input type="checkbox"/>	_____ _____

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**