

Arztstempel

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

Hinweis: Bitte fügen Sie diesem Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihren Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Antragsstellung erfolgt für:

Name, Vorname, Titel LANR

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)

Verfahren	wird in eigener Praxis erbracht (bitte ankreuzen)	wird konsiliarisch mit folgender Vertragsarztpraxis erbracht (bitte Namen u. Adresse eintragen)
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesisten	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
Sympathikusblockaden	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>

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

Wochentag:	Stundenzahl:
→ <input type="text"/>	_____
→ <input type="text"/>	_____
→ <input type="text"/>	_____
→ <input type="text"/>	_____
→ <input type="text"/>	_____

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