

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion / Aids-Erkrankungen

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

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei

Fachliche Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Innere und Allgemeinmedizin
- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Praktischer Arzt / Arzt

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen:

- ➔ Zeugnis über eine mindestens halbjährige, ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten
- ➔ Bescheinigung über die selbstständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst
- ➔ Bestätigung über theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragsstellung

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sind:

- ➔ separater Liege- und Infusionsplatz

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- die eigenen Praxismitarbeiter regelmäßig zu schulen
- die relevanten sozial- und versorgungsrechtlichen Vorschriften zu beachten

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

- jährliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln zum Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankungen mit mindestens 30 Fortbildungspunkten
- die Kassenärztliche Vereinigung fordert jährlich von mindestens zehn Prozent der behandlungsführenden Ärzte, Dokumentationen von 10 abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten zur Überprüfung an
- der behandlungsführende Arzt muss jährlich durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten je Quartal selbstständige betreuen

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen 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.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

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 Unterschriftenbevollmächtigten. 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.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel