

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Keßlerstr. 1
76185 Karlsruhe

Absender/Stempel

Manuela Müller | Telefon 0721 5961-1149 | Fax 0721 5961-483844 | manuela.mueller@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen.

Fachliche Befähigung

- Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie.
- Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Transfusionsmedizin
Vorlage von Belegen die hinreichende Erfahrungen gemäß § 2 Abs. 1 a und b der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nachweisen.

Die Indikationsstellungen sind vor Einleitung einer LDL- bzw. Immunapherese der Apherese-Kommission Baden-Württemberg – über ihre zuständige Bezirksdirektion – mit der vollständigen Dokumentation gem. § 5 und der ergänzenden medizinischen Beurteilung gem. § 4 vorzulegen.

Die Genehmigung des Patienten zur Durchführung der LDL-Apherese ist auf 1 Jahr befristet. Zur Fortführung ist eine erneute Beratung bei der Apherese-Kommission einzuleiten.

Bei der Immunapherese umfasst ein Behandlungszyklus zwölf Apheresen, jeweils in wöchentlichen Abstand. Eine Wiederholung soll nur erfolgen, wenn mit dem ersten Zyklus ein relevanter klinischer Erfolg erreicht wurde und bedarf dann auch einer erneuten Genehmigung.

Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind und werde die zuständige Bezirksdirektion der KV Baden-Württemberg über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in der GBA-Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vertragsärztlichen Versorgung genannten Voraussetzungen betreffen.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut