

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie

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 Qualitätssicherungsvereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen:

- Asynchrone Verfahren (asynchrone Photosoletherapie und Bade-PUVA-Therapie)
- Synchrone Photosoletherapie

Fachliche Befähigung nach § 3 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ich führe die Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“.
- Nachweis über selbständige Indikationsstellung und Durchführung (ggf. unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie (Ein entsprechender Nachweis ist dem Antrag beigelegt.)
- Ich habe Kenntnisse über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie.

Apparative Voraussetzungen nach § 4 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Alle zur Balneophototherapie verwendeten Geräte erfüllen die Mindestanforderungen nach § 4.

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte unterschriebene Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung Balneophototherapie“

- ist dem Antrag als Anlage beigelegt.
- wurde nachgewiesen durch

Name, Vorname

Anschrift, BSNR

und liegt der KV Baden-Württemberg bereits vor.

Sollte der Nachweis älter als 5 Jahre sein, ist ein aktueller Gerätenachweis erforderlich.

- Nachweis zur Gerätewartung gemäß § 6 Nr. 2, der nicht älter als 24 Monate bei Antragsstellung ist (Wartungsnachweis ist dem Antrag beigelegt).
- Nachweis zur Leuchtmittelüberprüfung gemäß § 6 Nr. 3, der nicht älter als 12 Monate bei Antragsstellung ist (Nachweis der Leuchtmittelüberprüfung ist dem Antrag beigelegt).
- Bestätigung über vorhandenen Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UV-B und UV-A bis 400 nm während der Bestrahlung).

Verpflichtungserklärung gemäß §§ 5 bis 7

- Ich erfülle die räumlichen Voraussetzungen (§ 5).
- Ich erfülle die organisatorischen Anforderungen (§ 6).
- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Anforderungen an die ärztliche Dokumentation (§ 7).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KV Baden-Württemberg, die zuständige Kommission beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

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