

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

Absender/Stempel

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

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 zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeut:

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

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, 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 Anforderung nach Anlage 1 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Praktische Erfahrungen:

- mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team oder
- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre

Und

2. Theoretische Kenntnisse:

- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer oder
- Strukturierte curriculare Fortbildung "Geriatrische Grundversorgung" der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung "Curriculum Psychosomatische Grundversorgung" (80 Stunden) und Teilnahme am Themenkomplex 2 "Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle 20 Stunden)" der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin oder
- Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" (80 Stunden) und Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung ("Psychosoziale und spirituelle Aspekte", "Ethische und rechtliche Fragestellungen", "Kommunikation und Teamarbeit" und "Selbstreflexion", insgesamt 18 Stunden)

Bitte entsprechende Urkunden, Zeugnisse und/oder Bescheinigungen gemäß § 8 in Kopie beifügen.

Jährliche Nachweise zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich verpflichte mich zur kontinuierlichen Fortentwicklung meiner Qualifikation durch regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten pro Jahr.

Erklärung zur Interdisziplinären Zusammenarbeit im Team in der Versorgung von Palliativpatienten

In der Versorgung von Palliativpatienten übernehme ich die Behandlung der Patienten und koordiniere die erforderliche Einbeziehung sowie die im Bedarfsfall notwendige fortlaufende Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern.

Kooperation

Ich kooperiere mit folgenden Leistungserbringern:
(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtung

Name, Anschrift

- Ambulanter Hospizdienst

Name, Anschrift

- Stationäres Hospiz

Name, Anschrift

- Palliativdienst

Name, Anschrift

- Palliativstation

Name, Anschrift

- SAPV-Team

Name, Anschrift

- Weitere Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeuten)

Name, Anschrift

Ambulanter Pflegedienst (Auswahl durch Patienten bzw. Betreuer/Bevollmächtigte)

Name, Anschrift

Erklärung

Wir erklären die Zusammenarbeit und haben verbindliche Absprachen getroffen zu:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfrier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
- gegenseitigem Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen
- Durchführung von Konsilen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

Stempel und Unterschrift(en) Kooperationspartner

Erklärungen

- 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 dieser Vereinbarung 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