

Kontakt:

KV Nordrhein    ☎ 0211 5970-8361    ☎ 0211 5970-8807    ☎ 0211 5970-8472  
40182 Düsseldorf @ [AKI@kvno.de](mailto:AKI@kvno.de) ☎ 0211 5970-33287

---

## Antrag auf Außerklinische Intensivpflege Potenzialerhebendes Krankenhaus

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: ..\_\_\_\_\_

Telefon: ..\_\_\_\_\_

E-Mail: ..\_\_\_\_\_

**GOP 37700, 37701, 37704, 37705, 37706, 37714 EBM**



Bemerkungen:

## Qualifikationsnachweis für Krankenhausärztinnen / Krankenhausärzte

### nach § 8 Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie

Bitte füllen Sie diese Seite pro Ärztin / pro Arzt aus!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatz-, Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung:

- Intensivmedizin
- Innere Medizin und Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
- Anästhesiologie **und zusätzlich** mind. 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit
- Innere Medizin / Chirurgie / Neurochirurgie / Neurologie / Kinder- und Jugendmedizin **und zusätzlich** mind. 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prologierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit
- Weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mind. 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prologierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit
- Für die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachselkanüle bei nicht beatmeten Versicherten auch Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

Bitte fügen Sie die Nachweise der einschlägigen Tätigkeit in Kopie den Antragsunterlagen bei!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt / Ärztin

## Namentliche Nennung der potenzialerhebenden Ärztinnen / der potenzialerhebenden Ärzte

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die oben genannten Kontaktdaten im Rahmen der Teilnahme an der Versorgung der Außerklinischen Intensivpflege (gem. § 37 c SGB V) in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals veröffentlicht werden.**

-----  
Ort/Datum

-----  
Unterschrift des Antragstellers

-----  
Stempel