

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 für nicht niedergelassene Potenzialerhebende Ärzte / Potenzialerhebende Ärztinnen

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

LANR: \_\_\_\_\_

Straße: .. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Bemerkungen:

**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!**

**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