

KV Nordrhein Kontakt:
40182 Düsseldorf ☎ 0211 5970-8361 ☎ 0211 5970-8807 ☎ 0211 5970-8472
 @ AKI@kvno.de ☎ 0211 5970-33287

Antrag auf Genehmigung zur Potenzialerhebung und Verordnung nach § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Vor- und Nachname	
LANR	
BSNR	
Praxisname	
Status	Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung <input type="checkbox"/>
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	

**GOP 37700, 37701, 37704, 37705, 37714 EBM
GOP 37710, 37711 und 37720 EBM**

Bemerkungen:

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

- Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Weitere Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- für die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten auch Fachärztinnen und Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologischneurochirurgischen 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 / Vertragsarzt
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes im MVZ od. BAG

Vertragsarztstempel

Unterschrift angestellte Ärztin / angestellter Arzt