

KV Nordrhein
40182 Düsseldorf

Kontakt:

☎ 0211 5970-8361

@ AKI@kvno.de

☎ 0211 5970-8807

☎ 0211 5970-33287

☎ 0211 5970-8472

Antrag auf außerklinische Intensivpflege für den verordnenden Arzt / die verordnende Ärztin

Name, Vorname: _____

LANR: _____

BSNR: _____

Praxis / BAG / MVZ: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

GOP 37710, 37711, 37714 und 37720 EBM

Bemerkungen:

Ich bin

- Arzt / Ärztin mit der Kompetenz im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten

Bitte fügen Sie den Nachweis über die einschlägige Kompetenz im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten den Antragsunterlagen bei!

- Arzt / Ärztin, welche sich innerhalb von 6 Monaten die Kompetenz im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten aneignen

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/ der Antragsstellerin
bzw. Unterschrift des
anstellenden Arztes/der anstellenden Ärztin
im MVZ od. BAG

Vertragsarztstempel

Unterschrift angestellte Ärztin / angestellter Arzt