

Antrag auf Erteilung einer Akupunktur-Genehmigung

.....
Name, Vorname, ggf. Titel

.....
LANR (lebenslange Arztnummer)

.....
BSNR (Betriebsstätten-Nr.) (wenn bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

Email:

.....

.....

.....

.....

.....

ggf. von der Praxisanschrift abweichender Leistungsort:

.....
(N)BSNR, PLZ/Ort, Straße, Hausnummer

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....
(N)BSNR, Name

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....
(N)BSNR, Name(n)

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....
(N)BSNR, Name(n)

ermächtigte(r) Krankenhausärztin/-arzt, Name des Krankenhauses:

.....

I. Fachliche Qualifikation (§ 3 der Akupunktur-Vereinbarung)

Ich habe bereits eine Genehmigung zur Durchführung von Akupunkturleistungen der KV erhalten (Kopie liegt anbei)

ODER

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen Ihrem Antrag bei:

1. Urkunde der Ärztekammer über das Führen der Zusatzbezeichnung „Akupunktur“
2. Bescheinigung(en) über meine Teilnahme an einem 80-stündigen Fortbildungskurs zur psychosomatischen Grundversorgung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer
3. Bescheinigung(en) über meine Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

II. Räumliche und apparative Voraussetzungen (§ 4 der Akupunktur-Vereinbarung)

Die Durchführung der Akupunktur erfolgt in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liegen (ein Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit) unter Verwendung steriler Einmalnadeln.

III. Anforderungen an die Durchführung der Akupunktur und an die Dokumentation (Abschnitt C, §§ 5 und 6 der Akupunktur-Vereinbarung)

1. Ich werde die Maßnahmen zur Durchführung der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten beachten.
2. Die regelmäßige Teilnahme (mindestens viermal jährlich, verteilt über das Kalenderjahr) an Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“ wird durch die Teilnahmebescheinigung(en) zum 31.12. des laufenden Jahres nachgewiesen.

IV. Einverständniserklärung (§ 7 Absatz 4 Akupunktur-Vereinbarung)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die in der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V aufgeführten Anforderungen erfülle und bin zur Überprüfung der räumlichen Anforderungen nach Abschnitt B mit einer Begehung meiner Praxisräume durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Qualitätssicherungskommission für Akupunktur einverstanden. Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung zur Durchführung von Leistungen der Akupunktur versagt bzw. widerrufen werden kann.

V. Hinweis zur Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Die EBM-Nrn. 30790 und 30791 sind nur von den in der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM benannten Fachgruppen mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur berechnungsfähig.

.....
Datum

.....
Vertragsarztstempel

.....
Unterschrift des Antragstellers /

Unterschrift des anstellenden Arztes

.....
Unterschrift des angestellten Arztes