



Bezirksstelle Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Antrag
auf Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages zur
Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten

Name:

LANR: (soweit bereits bekannt)

BSNR: (soweit bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

Email:

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):
.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:
.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:
.....

ermächtigte(r) Krankenhausärztin/-arzt seit:
.....

I. Antragsbegehren

1. Erstgenehmigung

<input type="checkbox"/>	Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten/Patientinnen i.S.d.
<input type="checkbox"/>	§ 3 Abs. 3 a) Anl. 9.1 BMV-Ä
<input type="checkbox"/>	§ 3 Abs. 3 d) Anl. 9.1 BMV-Ä
<input type="checkbox"/>	§ 3 Abs. 3 e) Anl. 9.1 BMV-Ä
<input type="checkbox"/>	Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages im Zusammenwirken mit einem nichtärztlichen Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 i.V.m. § 127 SGB V

2. Genehmigung eines weiteren Versorgungsauftrages

<input type="checkbox"/>	Der Dialysepraxis wurde bereits die Genehmigung zur Übernahme mind. eines Versorgungsauftrages in Folgendem Umfang erteilt:
<input type="checkbox"/>	§ 3 Abs. 3 a) Anl. 9.1 BMV-Ä
<input type="checkbox"/>	§ 3 Abs. 3 d) Anl. 9.1 BMV-Ä
<input type="checkbox"/>	§ 3 Abs. 3 e) Anl. 9.1 BMV-Ä
<input type="checkbox"/>	Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme eines <input type="checkbox"/> zweiten <input type="checkbox"/> dritten <input type="checkbox"/> vierten <input type="checkbox"/> fünften <input type="checkbox"/> weiteren:
<input type="checkbox"/>	Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages im Zusammenwirken mit einem nichtärztlichen Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 i.V.m. § 127 SGB V

II. Beginn der beantragten Genehmigung

Datum:

III. Fachliche Qualifikation

Die Übernahme des Versorgungsauftrages wird beantragt als

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Facharzt für Innere Medizin |
| <input type="checkbox"/> | Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie |
| <input type="checkbox"/> | Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie
<i>(Hinweis: Kopie der Urkunde bitte beifügen, sofern diese nicht bereits dem AR vorliegt)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Facharzt für Kinderheilkunde mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“
<i>(Hinweis: Kopie der Urkunde bitte beifügen, sofern diese nicht bereits dem AR vorliegt)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Facharzt für Kinderheilkunde bei Erfüllung der in § 4 Abs. 2 QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren definierten Anforderungen |

IV. Ausübung ärztlicher Tätigkeit

Die Übernahme des Versorgungsauftrages wird beantragt als:

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> | BAG |
| <input type="checkbox"/> | Sonderbedarf |
| <input type="checkbox"/> | Job-Sharing Anstellung/Zulassung |
| <input type="checkbox"/> | Anstellung in EP/BAG |
| <input type="checkbox"/> | Zulassung/Anstellung in MVZ |
| <input type="checkbox"/> | Institutsermächtigung |

V. Ärzte

Der beantragte Versorgungsauftrag soll durch folgende Ärzte ausgeführt werden:

	Name:	Gebietsbezeichnung/SP:

VI. Standorte

Der beantragte Versorgungsauftrag soll an folgenden Standorten ausgeführt werden:

	Adresse:	(N)BSNR:	Art:

VII. Organisation

Der Arzt oder die Einrichtung hat zu gewährleisten, dass für die Versorgung der Versicherten alle Dialyseverfahren und –formen nach § 1 QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren angeboten werden.

1. Dialyseverfahren

In der Praxis werden folgende Dialyseverfahren angeboten:

<input type="checkbox"/>	Extrakorporale Blutreinigungsverfahren
<input type="checkbox"/>	Peritonealdialysen

2. Dialyseformen

In der Praxis werden folgende Dialyseverfahren angeboten:

<input type="checkbox"/>	Zentrumsdialyse
<input type="checkbox"/>	Zentralisierte Heimdialyse
<input type="checkbox"/>	Heimdialyse

3. Kooperationen

Für den Fall, dass der Arzt/die Einrichtung nicht alle Verfahren und Formen selbst durchführen kann, sind diese Verfahren durch Kooperationen mit benachbarten Dialysepraxen oder anderen benachbarten Dialyseeinrichtungen sicherzustellen.

<input type="checkbox"/>	Nachweis der Kooperation als Anlage beigefügt
--------------------------	---

4. Kooperation mit einem Transplantationszentrum

<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Kooperation mit einem Transplantationszentrum als Anlage beigefügt
--------------------------	--

5. Bei der Dialyse mit Kindern

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Gewährleistung der pädiatrischen Betreuung durch folgende Fachkraft: |
| <input type="checkbox"/> | Gewährleistung der psychosozialen Betreuung durch folgende Fachkraft: |
| <input type="checkbox"/> | Nachweis über die Kooperation mit einem Transplantationszentrum für Kinder als Anlage beigefügt |

6. Ärztliche Präsenz

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Es wird versichert, dass die ärztliche Präsenz sowie die Rufbereitschaft – abhängig vom jeweiligen Dialyseverfahren – auch im Urlaubs- und Krankheitsfall gewährleistet ist. |
|--------------------------|--|

7. Rufbereitschaft

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Es wird versichert, dass bei der Durchführung von Dialysen als zentralisierte Heimdialyse bei Komplikationen und Zwischenfällen der Dialysearzt innerhalb von 30 Minuten und bei lebensbedrohenden Komplikationen und Zwischenfällen ggf. auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar zur Verfügung steht. |
| <input type="checkbox"/> | Es wird versichert, dass ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht, um ambulante Notfalldialysen jederzeit durchführen zu können. |
| oder | |
| <input type="checkbox"/> | Es bestehen bindende Absprachen mit anderen benachbarten Dialysepraxen zur Übernahme von Notfällen.
(Hinweis: Nachweis bitte Antrag beifügen) |

8. Anzahl der Behandlungsplätze

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Für die Hämodialyse von Erwachsenen sind mind. 10 Behandlungsplätze vorhanden.
Anzahl der Behandlungsplätze: |
|--------------------------|---|

VIII. Apparative Ausstattung

<input type="checkbox"/>	Es wird versichert, die Hämodialysegeräte mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet sind, die die Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren und den Einsatz von sowohl Acetat- als auch Bikarbonatdialysat ermöglichen.
<input type="checkbox"/>	Das benötigte Reinwasser muss mindestens mit einer Umkehrosmose aufbereitet werden.
<input type="checkbox"/>	Folgende Notfallausstattung ist vorhanden: Intubationsbesteck, Frischluftbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop, Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat für die Hämoglobin- oder Hämotokritbestimmung
<input type="checkbox"/>	Die Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialyse-Ringleitung wird
<input type="checkbox"/>	ausschließlich von meiner/unserer Dialyse-Einrichtung genutzt.
oder	
<input type="checkbox"/>	in Apparategemeinschaft mit folgender Einrichtung genutzt:

IX. Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die in der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und in der Anlage 9.1 BMV(Ä)/EKV aufgeführten Anforderungen erfülle und bin zur Überprüfung der räumlichen und apparativen Anforderungen mit einer Begehung meiner Praxisräume durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Qualitätssicherungskommission zur Dialyse einverstanden.

Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse versagt bzw. widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

X. Unterschriften

Unterschriften aller ausführenden Ärzte:

Ort, Datum	Name des Arztes	Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Arztstempel: