

Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Eva-Lotte Stens
Telefon: (0211) 5970-8775
Telefax: (0211) 5970-33154
E-Mail: qs-dialyse@kvno.de

Ansprechpartner: Susanne Junge
Telefon: (0211) 5970-8472
Telefax: (0211) 5970-33154
E-Mail: qs-dialyse@kvno.de

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

Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten/Patientinnen i.S.d.

§ 3 Abs. 3 a) Anl. 9.1 BMV-Ä

§ 3 Abs. 3 d) Anl. 9.1 BMV-Ä

§ 3 Abs. 3 e) Anl. 9.1 BMV-Ä

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

Der Dialysepraxis wurde bereits die Genehmigung zur Übernahme mind. eines Versorgungsauftrages in Folgendem Umfang erteilt:

§ 3 Abs. 3 a) Anl. 9.1 BMV-Ä

§ 3 Abs. 3 d) Anl. 9.1 BMV-Ä

§ 3 Abs. 3 e) Anl. 9.1 BMV-Ä

Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme eines

- zweiten
- dritten
- vierten
- fünften
- weiteren:

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

- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie
(Hinweis: Kopie der Urkunde bitte beifügen, sofern diese nicht bereits dem AR vorliegt)
- Facharzt für Kinderheilkunde mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“
(Hinweis: Kopie der Urkunde bitte beifügen, sofern diese nicht bereits dem AR vorliegt)
- 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:

- Einzelpraxis
- BAG
- Sonderbedarf
- Job-Sharing Anstellung/Zulassung
- Anstellung in EP/BAG
- Zulassung/Anstellung in MVZ
- 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

Gewährleistung der pädiatrischen Betreuung durch folgende Fachkraft:

Gewährleistung der psychosozialen Betreuung durch folgende Fachkraft:

Nachweis über die Kooperation mit einem Transplantationszentrum für Kinder als Anlage beigefügt

6. Ärztliche Präsenz

Es wird versichert, dass die ärztliche Präsenz sowie die Rufbereitschaft – abhängig vom jeweiligen Dialyseverfahren – auch im Urlaubs- und Krankheitsfall gewährleistet ist.

7. Rufbereitschaft

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.

Es wird versichert, dass ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht, um ambulante Notfalldialysen jederzeit durchführen zu können.

oder

Es bestehen bindende Absprachen mit anderen benachbarten Dialysepraxen zur Übernahme von Notfällen.
(Hinweis: Nachweis bitte Antrag beifügen)

8. Anzahl der Behandlungsplätze

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: