

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 Ausführung von Dialyseleistungen in einer bestehenden Dialysepraxis

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

- Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung von Dialyseleistungen in der o.g. Dialysepraxis durch einen weiteren Arzt
- Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung von Dialyseleistungen der o.g. Dialysepraxis durch einen weiteren Arzt in der/den Nebenbetriebsstätten.

## II. Beginn der beantragten Genehmigung

Datum:

## III. Fachliche Qualifikation

Die Ausführung von Dialyseleistungen in der o.g. Dialysepraxis wird mit folgender fachlichen Qualifikation beantragt:

- 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 Ausführung von Dialyseleistungen in der o.g. Dialysepraxis wird beantragt als:

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

## V. Standorte

Die Ausführung von Dialyseleistungen wird für folgende Standorte beantragt:

	Adresse:	(N)BSNR:	Art:

## VI. 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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Praxisinhabers

Arztstempel:

.....  
Unterschrift des ausführenden Arztes