



**Antrag
zur Teilnahme an der
Vereinbarung über die HIV-
Präexpositionsprophylaxe zur Prävention
einer HIV-Infektion**

Name:

Vertragsarztnummern (wenn bereits bekannt):

LANR:.....

BSNR:.....

NBSNR:

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

Straße:

.....

PLZ/Ort:

.....

Telefon:

.....

Telefax:

.....

Email:

.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

Genehmigungsvoraussetzungen

Nachweis/Zeugnis/
Erklärung

- 1) Teilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids
- oder
- 2) Niedergelassener Vertragsarzt gem. § 4 Abs. 2 a) der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion
- a) Mindestens 16-stündige Hospitation in ambulanter oder stationärer Einrichtung zwecks medizinischer Betreuung von HIV/Aids Patienten
- b) Präsenz bei der Behandlung von mindesten 15 Patienten mit HIV/Aids und/oder HIV-Präexpositionsprophylaxe
- c) Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV-/Aids“ und sexuell übertragbarer Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von 1 Jahr vor Antragstellung
- 3) Einrichtung im Sinne von § 4 Abs. 2 b) der Qualitätssicherungsvereinbarung Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion
- a) Ambulante Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten unter der Leitung eines Arztes, der über die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids verfügt
- b) Stationäre Einrichtung, die jährlich mindestens 50 HIV/Aids Patienten pro Quartal medizinisch betreut.

Qualifikationsanforderungen
zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

- 1) Teilnehmer der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids
- a) Nachweis der Qualitätsanforderung der HIV/Aids Vereinbarung
- oder
- 2) Sonstige Vertragsärzte/ermächtigte Ärzte
- a) Selbstständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 10 Patienten mit HIV-Präexpositionsprophylaxe ab Genehmigungserteilung
- b) Nachweis des Erwerbs von jährlich 8 Fortbildungspunkten zum Themenkomplex HIV/Aids und Präexpositionsprophylaxe, davon die Hälfte in präsenzpflichtigen Fortbildungen

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Vertragsarztstempel

erforderlichenfalls
Unterschrift des anstellenden Arztes