



# Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

HAUPTSTELLE  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Kirsten Mühlenkamp  
Telefon: (0211) 5970-8088  
Telefax: (0211) 5970-33223  
E-Mail: schmerztherapie@kvno.de

Ansprechpartner: Nadine Casper  
Telefon: (0211) 5970-8079  
Telefax: (0211) 5970-33223  
E-Mail: schmerztherapie@kvno.de

## Schmerztherapie-Vereinbarung Antrag zur Erbringung und Abrechnung der GOP 30704 EBM

Name: .....  
LANR: .....(soweit bereits bekannt)  
BSNR: .....(soweit bereits bekannt)

### 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:

.....

**I. Ich verpflichte mich,**

- an mindestens **zehn** im Jahr nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung teilzunehmen und dies gegenüber der KV Nordrhein einmal jährlich nachzuweisen.
  
- jährlich an mindestens **30 Stunden schmerztherapeutischer Fortbildung** teilzunehmen und dies gegenüber der KV Nordrhein einmal jährlich nachzuweisen.

**II. Ich bestätige, dass**

- ich regelmäßig mindestens **150** chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal betreue,
  
- der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten in meiner Praxis **mindestens 75 %** beträgt,
  
- ich mit folgenden Fachdisziplinen kontinuierlich kooperiere:

Gebietsbezeichnung	Name	Anschrift
FA für Anästhesiologie		
FA für Neurologie		
FA für Neurochirurgie		
FA für Orthopädie/Chirurgie		

FA für Psychiatrie		
FA für Rheumatologie		
FA für Radiologie		
Physiotherapie		

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Vertragsarztstempel

.....  
Ggf. Unterschrift des anstellenden  
Arztes