

	Antrag Dialyse	Bereich QS/QM
		Stand 16.03.2017
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 3

Antrag auf Genehmigung eines Versorgungsauftrages bei chronisch niereninsuffizienten Patienten gemäß Anlage 9.1 BMV-Ä

Hinweis: Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig und in Druckbuchstaben aus und legen Sie alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen bei (z. B. Zeugnisse, Gerätenachweise). Vielen Dank!

Angaben zum/r Leistungserbringer/in:

Name, Vorname, Titel LANR



Angaben zur Tätigkeit:

Tätigkeitsart

hausärztlich tätig fachärztlich tätig

Fachgebiet

Schwerpunkt / ggf. Zusatzbezeichnung

ab/seit (Datum) _____ niedergelassen* angestellt** ermächtigt**

* Praxisübernahme von _____ / Gemeinschaftspraxis mit _____ (Falls nicht zutreffend bitte streichen.)

** Name des anstellenden Arztes / des MVZ / der Einrichtung

Tätigkeitsort(e) (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

Anschrift BSNR

Anschrift BSNR

Anschrift BSNR

Anschrift BSNR

Hiermit beantrage ich nach der Vereinbarung zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Anlage 9.1 BMV-Ä) eine Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrages:

Erteilung eines neuen Versorgungsauftrages

(Es wurde bisher noch kein Versorgungsauftrag für die u. a. Dialysepraxis erteilt.)

Erweiterung eines Versorgungsauftrages

(Es wurde bisher ein Versorgungsauftrag für die u. a. Dialysepraxis erteilt.)

Übertragung eines Versorgungsauftrages

(Es wurde bisher ein Versorgungsauftrag für die u. a. Dialysepraxis erteilt und dieser soll auf einen anderen Arzt übertragen werden.)

Der Versorgungsauftrag wurde bisher durchgeführt von: _____

Name des Arztes

in der Dialysepraxis: _____

Anschrift der Dialysepraxis/Zweigpraxis/ausgelagerten Praxisstätte

bei nachstehenden Patientengruppen:

- akut, akut rezidivierend oder chronisch niereninsuffiziente Patienten (Kreatinin-Clearance < 15 ml/min/1,73 qm), die mit Blutreinigungsverfahren behandelt werden (dialysepflichtige Patienten)
- Patienten in Krankheitsstadien, welche einer sofortigen Nierenersatztherapie bedürfen (z. B. Intoxikationen, kardiale Dekompensation)
- Patienten mit nephritischem und/oder nephrotischem Syndrom, angeborener und/oder chronisch progredienter Nierenerkrankung
- Chronisch niereninsuffiziente Patienten im Stadium der Kompensation (Kreatinin-Clearance < 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche oder Serumkreatinin > 2,5 mg/dl)
- Patienten mit präterminaler chronischer Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance < 20 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche)
- Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die zur Aufnahme in ein Transplantationsprogramm vorgesehen sind
- Patienten in der Transplantationsnachsorge

Voraussetzungen

Die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrages kann u. a. auch nur dann erteilt werden, wenn die u. g. Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Fachliche, organisatorische und apparative Voraussetzungen gemäß §§ 4 bis 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

- Bitte senden Sie uns die beigefügte Erklärung ausgefüllt zurück. -

2. Anforderungen gemäß Anhang 9.1.3 der Anlage 9.1 BMV-Ä:

- Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von sonographischen Leistungen (GOP 33042 und/oder 33043 EBM)
- Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)

Voraussetzung für die Erteilung einer MRSA-Genehmigung ist die Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ und/oder ein MRSA-Zertifikat.

Das MRSA-Zertifikat kann erworben werden durch die

- Teilnahme an einem Fortbildungsseminar von der KV oder
- Teilnahme an einem Online-Training mit anschließendem Fragebogen.

- Bitte fügen Sie die Nachweise diesem Antrag bei! -

Sonstiges

Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom Leiter des MVZ bzw. vom anstellenden Arzt und für die Einrichtung vom leitenden Arzt zu stellen.

Eine Genehmigung ist für jeden Ort der Leistungserbringung erforderlich.

Bitte beachten, dass für jede Betriebsstätte (Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisstätte) die organisatorischen und apparativen Voraussetzungen gemäß §§ 5 bis 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nachzuweisen sind.

Jede Veränderung ist der KV Saarland unverzüglich anzuzeigen.

Folgende Bestimmungen/Regelungen sind zu beachten:

- Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
→ <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/ab/30/>
- Anlage 9.1 BMV-Ä
→ <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin:

Ich versichere hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift des/r Leistungserbringers/in

ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum

Unterschrift des **anstellenden** Arztes
bzw. des ärztlichen Leiters des MVZ

Stempel