

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-689  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [QS-Team-1@kvberlin.de](mailto:QS-Team-1@kvberlin.de)

Praxisstempel

### Antrag zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege

gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL)

*Es ist keine Antragstellung erforderlich für Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, für Innere Medizin und Pneumologie, für Anästhesiologie, für Neurologie, für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Fachärzte mit einer Genehmigung der KV Berlin zur Potenzialerhebung.*

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG
	<input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik
	<input type="checkbox"/> üBAG

<b>Genehmigung beantragt zum</b>	_____
	Datum
<b>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</b>	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

<b>Leistung</b>
GOP 37710 EBM Verordnung außerklinischer Intensivpflege inklusive Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele mit dem Versicherten

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Nachweise gemäß § 9 Absatz 1 Satz 3 und 5 AKI-RL**

- Der Nachweis über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten wurde dem Antrag beigelegt.
- Es wird die Absicht erklärt, innerhalb von 6 Monaten die Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten sich anzueignen. Der Nachweis wird unaufgefordert und unverzüglich der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, zugesendet.

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, die Verordnung durch Fachärzte erfolgt, die auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind. Andere Vertragsärzte können nur im (ggf. telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Fachärzten verordnen. Der Konsilpartner ist auf der Verordnung anzugeben, gemäß § 9 Absatz 2 AKI-RL.

**Einverständniserklärung zur Veröffentlichung meiner Praxisdaten auf der Website der KV Berlin im Zusammenhang mit der Außerklinischen Intensivpflege**

- Ja, ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten einverstanden.
- Nein, ich bin nicht mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten einverstanden.

Des Weiteren ist bekannt, dass die Verordnung außerklinischer Intensivpflege erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL). Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer (sofern abweichend vom Antragsteller)