






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 6 A
14057 Berlin

 (030) 31003 – 564
 (030) 31003 – 50730
 QS-Team5@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Akupunktur

gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)

Antragsteller	Leistungserbringer
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigte Ärzte, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermchtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG <hr style="width: 100%;"/> Name des Krankenhauses										

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	
Genehmigung beantragt zum	<hr style="width: 100%;"/> Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	<hr style="width: 100%;"/> Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistung

Akupunktur

GOP 30790 EBM - Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur

GOP 30791 EBM - Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans

Leistungsort

Betriebsstätte

Adresse

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Ausgelagerter Praxisraum

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt

Adresse

Genehmigung des Zulassungsausschusses ist beigefügt

Fachliche Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 3 QS-Vereinbarung

Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

Facharzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt oder Arzt ohne Gebietsbezeichnung

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Facharzt für Kinderchirurgie

Facharzt für Innere Medizin

Facharzt für Chirurgie

Facharzt für Anästhesiologie

Facharzt für Orthopädie bzw. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Facharzt für Neurologie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Facharzt für Neurochirurgie

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin



Die nachfolgenden fachlichen 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 Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 3 QS-Vereinbarung

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Akupunktur“ **und**
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

ODER

- Nachweise der Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer **und**
- Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen der Psychotherapie-Vereinbarung

ODER

- Nachweis der Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80-Stunden-Curriculum „Kern (Basis) Veranstaltung“)

Räumliche und apparative Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 4 QS-Vereinbarung

- Die Durchführung der Akupunktur erfolgt in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liegen (ein Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit) unter Verwendung steriler Einmalnadeln.



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf die

➤ **Anforderungen an die Durchführung und Dokumentation gem. Abschnitt C der QS-Vereinbarung Akupunktur.**

Es ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung jährlich von mindestens fünf Prozent der Ärzte, die Leistungen nach § 1 der QS-Vereinbarung erbringen und abrechnen, Dokumentationen zu zwölf abgerechneten Fällen und zu 18 abgerechneten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen nach § 5 Abs. 3 oder Abs. 4 QS-Vereinbarung anfordert.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur 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 der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Akupunktur. 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)



Einverständniserklärung

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen und Räumlichen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Akupunktur entsprechen, wird erklärt.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller