



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 567, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**NACHWEIS DER FACHLICHEN BEFÄHIGUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND  
ABRECHNUNG VON DIALYSELEISTUNGEN**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR): \_\_\_\_\_  
(wenn vorhanden)

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



**NACHWEIS DER FACHLICHEN BEFÄHIGUNG ZUR AUSFÜHRUNG UND  
ABRECHNUNG VON DIALYSELEISTUNGEN als**

- Praxisinhaber/ Leiter der Dialyseeinrichtung  
 dem Praxisinhaber gleichgestellter Mitarbeiter/  
dem Leiter der Dialyseeinrichtung gleichgestellter Mitarbeiter  
 weiterer Arzt

gemäß der „Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von  
Blutreinigungsverfahren vom 16.07.1997 in der derzeit gültigen Fassung  
(Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

ANLAGE 3 zum Antrag auf Übernahme des Versorgungsauftrages gemäß  
Bundesmantelverträge/Anlage 9.1 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

**1. Arzt mit der Schwerpunktbezeichnung NEPHROLOGIE  
(gem. § 4 Abs. 1\*)**

Die entsprechende Urkunde gemäß § 8 Abs. 1

- ist beigefügt   
- liegt der KV Berlin vor

**2. Arzt mit der Gebietsbezeichnung Kinderheilkunde  
(gem. § 4 Abs. 2 und Abs. 3\*)**

Die Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 8 Abs. 2

1. selbständige Durchführung von mindestens 1000 Dialysen unter  
Anleitung, davon mindestens 250 Hämodialysen und mindestens  
250 Peritonealdialysen   
2. mindestens 24monatige ständige Tätigkeit in der pädiatrischen  
Nephrologie unter Anleitung   
3. mindestens 12monatige ständige Tätigkeit in der Dialyse unter  
Anleitung (Ableistung dieser Tätigkeitszeiten auch während der  
Tätigkeitszeiten in der pädiatrischen Nephrologie)

sind beigefügt.

4. Die Anleitung nach den Buchstaben a) bis c) hat bei einem entsprechend zur  
Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung befugten Arzt für das Gebiet  
Kinderheilkunde stattzufinden.

UND

5. Erfolgreiche Teilnahme an einem **KOLLOQUIUM** gemäß § 9 Abs. 1 nach Erfüllung  
der vorgenannten Voraussetzungen



**ODER**

Vorlage von Zeugnissen über den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Kinder-Nephrologie nach den weiterbildungsrechtlichen Regelungen der Ärztekammern

**3. weiterer erforderlicher Arzt gemäß § 5 Abs. 7 Buchstabe c) Nr. 2 \*  
Facharztanerkennung „Innere Medizin“**

Die entsprechende Urkunde (Original oder beglaubigte Fotokopie)   
- ist beigefügt   
- liegt der KV Berlin vor.

Die gemäß den Qualifikationsvoraussetzungen erforderlichen Nachweise sind in beglaubigter Kopie einzureichen.

Die vorzulegenden Zeugnisse und Bescheinigungen müssen von dem Arzt, der die Anleitung durchgeführt hat (gemäß § 4 Abs. 2 Buchstabe d) bzw. Abs. 3)\*, unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:

- a) Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in welcher die Weiterbildung bzw. Anleitung stattfand
- b) auf das jeweilige Dialyseverfahren bezogene Anzahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten Dialysen
- c) Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Dialysen.



**ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist** (gemäß § 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung\*).

Ich verpflichte mich, sämtliche Bestimmungen der Vereinbarung einzuhalten und versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung

\* Die Paragraphen beziehen sich auf die Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) in der derzeit gültigen Fassung.