



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Praxisstempel

Telefon (030) 31003 - 385, Fax (030) 31003 - 305

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung
von Leistungen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit
HIV-Infektion/Aids-Erkrankung
(Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)**

gemäß der "Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten
Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung
(Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)" gültig ab 01.07.2009

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 _____



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der Leistungen

der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1.	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
2.	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
3.	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
4.	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										

Fachliche Befähigung gem. § 3:

Ich besitze das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung:

oder	„Innere und Allgemeinmedizin“	JA <input type="checkbox"/>
oder	"Allgemeinmedizin"	JA <input type="checkbox"/>
oder	"Innere Medizin"	JA <input type="checkbox"/>
oder	"Kinder- und Jugendlichenmedizin"	JA <input type="checkbox"/>
oder	"Praktischer Arzt"	JA <input type="checkbox"/>
oder	"Arzt" (ohne Gebietsbezeichnung)	JA <input type="checkbox"/>

(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)

und

ich führe den Nachweis über eine mindestens halbjährige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten, welche den Anforderungen nach Abs. 2 entspricht.

(Entsprechende Bescheinigungen und Zeugnisse sind im Original oder als beglaubigte Fotokopie beigefügt)

JA **NEIN**



Hinweis zu Abs. 2:

Eine ambulante Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten nach Absatz 1 Nr. 2 muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der über eine Genehmigung nach § 2 Abs. 1 verfügt. Eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten nach Absatz 1 Nr. 2 muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in den Gebieten „Innere und Allgemeinmedizin“ oder „Kinder- und Jugendmedizin“ berechtigt ist. In der stationären Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreut werden

und

ich betreue selbständig 25 HIV-/AIDS-Patienten unter Anleitung; meine Betreuung umfasst auch die Versorgung antiretroviraler Medikamente.
(Entsprechende Bescheinigungen und Zeugnisse sind im Original oder als beglaubigte Fotokopie beigelegt)

JA **NEIN**

und

Ich besitze theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung.
(*Einzelnachweise sind in Kopie beigelegt*)

JA **NEIN**

Hinweis: Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden.



Ich verpflichte mich, die in der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids genannten jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen.

Ich erkläre hiermit meine Bereitschaft zur Durchführung einer Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten durch die zuständige Kommission im Auftrag der KV Berlin.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung