



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**Antrag auf Ausführung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-
Infektion / Aids-Erkrankung**

(gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigung

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Fachliche Anforderungen

Ich verfüge über die Facharztbezeichnung

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Innere und Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> | Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Innere Medizin | <input type="checkbox"/> | Kinder- und Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Praktischer Arzt | <input type="checkbox"/> | Arzt ohne Gebietsbezeichnung | <input type="checkbox"/> |

und kann die nachfolgenden Nachweise (*diese bitte dem Antrag beifügen!*) zur fachlichen Befähigung nach § 3 der QS-Vereinbarung erbringen:

- 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 Absatz 2 entspricht
- selbständige Betreuung von 25 HIV- / Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst
- theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV / Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung

III. Erklärung/Verpflichtung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich bzw. verpflichte ich mich

1. die Patientengruppenübergreifende spezialisierte Versorgung nach § 4 und die Patientengruppenspezifische spezialisierte Versorgung nach § 5 der QS-Vereinbarung zu übernehmen.
2. die organisatorischen Anforderungen und die Vorschriften zur Praxisausstattung nach § 6 der QS-Vereinbarung einzuhalten.
3. die ärztliche Dokumentation gem. der Anlage 1 der QS-Vereinbarung für jeden HIV-/Aids-Patienten durchzuführen.
4. zur Gewährung der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung meiner besonderen Qualifikation die unter § 10 Abs. 1 aufgeführten Voraussetzungen jährlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nachzuweisen.

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
.....erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

**Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers**

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.