



Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapie-
verfahren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß der Richtlinie vom 24.03.2003 entspr. Nr. 1 der Anlage I der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“

Antragsteller/-in:
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:
(sofern abweichend vom Antragsteller -Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

ab (Datum):

in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis

in einem MVZ

im Rahmen einer Angestelltentätigkeit

im Rahmen einer Ermächtigung

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1. Fachliche Qualifikation des Leistungserbringers

Die fachlichen Voraussetzungen zur Durchführung der Apheresen sind gegeben durch die Erfüllung folgender Qualifikationsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 1 und 2 der „Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren“ vom 16. Juni 1997 in der Fassung vom 22. März 2002

Facharzt für Innere Medizin/ Schwerpunkt Nephrologie nach § 4 Abs. 1

oder

Facharzt für Kinderheilkunde - mit speziellen Nachweisen nach § 4 Abs. 2

2. Apparative Voraussetzungen - Gewährleistung

2.1 LDL-Apherese

Die Apherese wird nach folgendem Verfahren durchgeführt:

- Spezifische Verfahren:

Dextran-Sulfatadsorption

HELP-Verfahren

Immunadsorption

DALI-Verfahren

- Unspezifische Verfahren:

Kaskadenfiltration

Differentialfiltration

Sonstiges Verfahren:

Gerätehersteller:

Typ:

Baujahr:

Anzahl der Plätze:

2.2 Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Die Immunapherese wird mit folgender apparativer Ausstattung, die den Anforderungen nach § 8 der Apherese-Richtlinien entspricht, durchgeführt:

Gerätehersteller:

Typ:

Baujahr:

Anzahl der Plätze:

Die vorgenannten apparativen Ausstattungen entsprechen den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie anderer einschlägiger Bestimmungen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)

.....
Unterschrift d. Service-/Lieferfirma

3. Gerätestandort

Adresse:

Betreiber:

Gemeinsame Apparatennutzung:

ja

nein

Nutzungsvertrag ist beigefügt

4. Bedingungen zur Durchführung der Apherese

Es ist bekannt, dass

- die Apherese nur nach Bestätigung durch die leistungspflichtige Krankenkasse des Patienten vorgenommen werden kann
- die Dauer bzw. die Fortführung der Apheresebehandlung den Einschränkungen nach § 3 sowie § 7 der Richtlinie unterliegen
- die Auswahl des Verfahrens für jeden Einzelfall in Abstimmung mit dem begutachtenden Arzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu erfolgen hat.

5. Erklärung des/der Antragstellers(in)

Jede Änderung der genannten apparativen Ausstattung ist unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen anzuzeigen.

Zeugnisse und Qualifikationsnachweise sind im Original oder als beglaubigte Kopie beigefügt.



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer(in)
(sofern abweichend vom Antragsteller)