



A n t r a g

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren nach Anlage I Nr. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV

erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Beantragtes Verfahren

Zutreffendes bitte ankreuzen

- LDL-Apheresen bei Hypercholesterinämie
und/oder
- LDL-Apheresen bei isolierter Lp(a)-Erhöhung
und/oder
- Immunapheresen bei aktiver rheumatoider Arthritis

Fachliche Voraussetzungen

Die fachlichen Voraussetzungen werden nachgewiesen durch:

Zutreffendes bitte ankreuzen

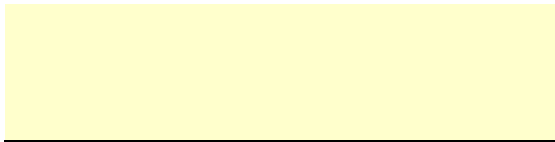
Die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung

- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Nephrologie
(Für die Antragstellung der ergänzenden Immunapheresen bei aktiver **rheumatoider Arthritis** ist zusätzlich ein/e Zeugnis/Bescheinigung über Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung von rheumatoider Arthritis nach Indikationsstellung gemäß § 3 Abs. 3 vorzulegen.)
- Ich gehöre als Arzt einem anderen Fachgebiet an, für die die (Muster-)Weiterbildungsordnung die Durchführung therapeutischer Apheresen vorsieht

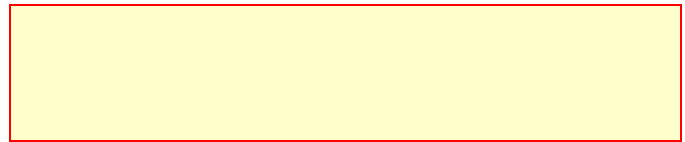
Zum Nachweis ist ein/e differenziertes Zeugnis/Bescheinigung beigefügt, aus denen Erfahrungen in der indikationsspezifischen (vgl. § 3) Diagnostik und Behandlung zum beantragten Verfahren und der Behandlung von apheresetypischen Komplikationen hervorgehen.

Mit meiner Unterschrift

- verpflichte ich mich,
 - die Indikationsstellung zu LDL-Apheresen sowie Immunapheresen bei aktiver rheumatoider Arthritis nach § 3 der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ vorzunehmen,
 - die Vorgaben zur ergänzenden ärztlichen Beurteilung nach § 4 der o.g. Richtlinie zu beachten und einzuhalten,
 - die Dokumentation zur Indikationsstellung und zum Behandlungsverlauf nach § 5 der o.g. Richtlinie vorzunehmen und
 - diese für jeden Einzelfall vollständig der Kommission für die ergänzende medizinische Beurteilung entsprechend § 6 der o.g. Richtlinie vorzulegen.
- bestätige ich die Dauer der Anwendung entsprechend der Vorgaben des § 8 und die Auswahl des Verfahrens nach § 9 zu beachten und einzuhalten.
- erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden.



Ort u. Datum



***Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)***