



A n t r a g

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung
von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit **HIV-
Infektionen/Aids-Erkrankungen**

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:

Organisatorische Anforderungen und Praxisausstattung

Als behandlungsführender Arzt verpflichte ich mich, die nachfolgenden Anforderungen einzuhalten:

- Regelmäßig an HIV-/Aids-spezifischen interdisziplinären Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen und Arbeitsgruppen teilzunehmen
- Regelmäßig Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter sicherzustellen,
- Die zur Versorgung von HIV-/Aids-Patienten in besonderem Maße erforderlichen Qualifikation durch die Erfüllung der in § 10 gesondert beschriebenen Voraussetzungen aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln
- Die relevanten sozial- und versorgungsrechtlichen Vorschriften zu beachten.

Die Praxis verfügt über mindestens einen separaten Liege- und Infusionsplatz.

Mit meiner Unterschrift

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

**Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)**