



QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung
über die **HIV-Präexpositionsprohylaxe (PrEP)** zur Prävention
einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V (Anlage 33 zum BMV-Ä)



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.

Fachliche Voraussetzungen

Ich verfüge über eine der nachstehend genannten Facharztanerkennungen

Facharzt für Allgemeinmedizin, prakt. Ärzte oder Arzt ohne Gebietsbezeichnung

- Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Facharzt für Urologie
- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

und

verfüge über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankungen

oder

Ich weise

- eine mindestens 16-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Aids-Patienten entsprechend den Vorgaben des § 4 Abs. 3 der v. g. Vereinbarung

und

- die fachliche Kompetenz durch die Präsenz bei der Behandlung von mindestens 15 Personen mit HIV/Aids und/oder mit PrEP; im Rahmen von bisheriger Berufstätigkeit oder im Rahmen der v. g. Hospitation

und

- die theoretischen Kenntnisse im Bereich HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung nach. **(Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden)**

Entsprechende Nachweise liegen bei.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

- zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung die selbstständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 10 Personen mit PrEP nachzuweisen
- zur kontinuierlichen Fortentwicklung der Qualifikation jährlich 8 Fortbildungspunkte im Bereich HIV/Aids und PrEP zu erwerben. (Die Hälfte der jährlichen Fortbildungspunkte ist durch präsenzpflichtige Fortbildungsmaßnahmen zu erwerben.)
- dass ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

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