



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**Antrag
auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V**

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 Voraussetzungen nach § 3

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Akupunktur“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kenntnisse in der Psychosomatischen Grundversorgung
(erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gem. den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80 Stunden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannte interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. Räumliche und apparative Voraussetzungen nach § 4

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Die Durchführung der Akupunktur erfolgt in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liegen (1 Liegeplatz je abtrennbare Behandlungseinheit) unter Verwendung steriler Einmalnadeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

IV. Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission der KVBB die apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.

Ich erkläre, dass die in § 5 und § 6 festgelegten Anforderungen an die Durchführung und an die Dokumentation erfüllt werden.

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.