



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 Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur
Prävention einer HIV-Infektion gem. § 20j SGB V (Anlage 33 zum BMV-Ä)**

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

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 gemäß § 4 der Vereinbarungen

1. Genehmigung zur Teilnahme an der QS-Vereinbarung HIV/Aids der
KV vom

oder

HIV-PrEP | Stand: 09/2019

Seite 1

2. Berechtigung zur Führen einer FA-Bezeichnung im Gebiet
- Allgemeinmedizin
 - Innere Medizin
 - Kinder- und Jugendmedizin
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Urologie
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten

und

mindestens 16-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten

- die ambulante Einrichtung wird durch geleitet und verfügt über eine Genehmigung zur Teilnahme an der QS-Vereinbarung HIV-/Aids durch die KV vom

oder

- in der stationären Einrichtung werden innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Jahr medizinisch betreut

und

Nachweis von fachlicher Kompetenz durch die Präsenz bei der Behandlung von mindestens 15 Personen mit HIV/Aids und/oder PrEP

und

Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor der Antragstellung

➡ Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen den Antrag in Kopie 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.