



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung und Sicherstellung

ANTRAG
auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Verordnung
von Außerklinischer Intensivpflege
gemäß der Richtlinie des G-BA (AKI-RL)

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: _____

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 für Hausärztinnen und Hausärzte

Ich verfüge über die geforderten theoretischen und praktischen Kompetenzen im Umgang mit Beatmung (nicht-invasiv, invasiv), Trachoestoma, Trachealkanülenmanagement, speziellem Sekretmanagement, zu speziellen Aspekten der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Notfallsituationen und Dysphagie, um bei einem unerwarteten Krankheitsverlauf die betroffenen Versicherten zu pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen beraten zu können.

oder

Ich eigne mir die geforderten Kompetenzen innerhalb von 6 Monaten an und reiche diese der KVBB im Anschluss nach.

Hinweis: Eine Antragstellung für Fachärzte der Inneren Medizin und Pneumologie, Anästhesiologie, Neurologie, Kinder- und Jugendmedizin und mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist nicht erforderlich.

III. Erklärung

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.