

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 Potentialerhebung von Außerklinischer Intensivpflege für teilnehmende Krankenhäuser/Privatärzte gemäß der Richtlinie des G-BA (AKI-RL)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:
Name: Vorname:
Geburtsdatum:
LANR (falls vorhanden):
FA für:
Anschrift (privat):
<u>Tätigkeit:</u>
□ privatärztlich tätig
□ angestellter Arzt in einem Krankenhaus
Name/Anschrift Krankenhaus:
Die beantragten Leistungen werden an folgenden Leistungsorten erbracht:
1
(Adresse)
2. (Adresse)
(Auresse)

Bitte beachten:

Mit Genehmigung sind dem Antragsteller versorgungsspezifische Abrechnungsnummern (LANR/BSNR) zu erteilen. Gemäß Gebührensatzung der KVBB wird für die Vergabe einer LANR und/oder BSNR jeweils eine Gebühr von 25 € erhoben.

II.		Fachliche Voraussetzungen										
		Approbationsurkunde ist im Original zur Einsichtnahme oder in Form einer beglaubigten Kopie dem Antrag beigefügt										
	1.	Beatmungsentwöhnung (Weaning) - einschließlich Dekanülierung										
		FA f. mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin										
		FA f. mit Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie										
		Innere Medizin und Pneumologie										
		FA f. Anästhesiologie mit Nachweis einer 6-monatigen Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit										
		FA f. Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Nachweis einer mind. 12-monatigen Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit										
		weitere Fachärzte mit Nachweis einer mind. 18-monatigen Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit										
		Erklärung spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit Eine auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierte Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist eine spezielle interdisziplinäre Einrichtung, die die besonderen Anforderungen der Respiratorentwöhnung bei langzeitbeatmeten Versicherten erfüllt. Eine solche Einheit hat einen Schwerpunkt in der Versorgung von Versicherten im und nach prolongiertem Weaning und in der Einleitung, Kontrolle und Betreuung von Versicherten mit außerklinischer Beatmung.										
		Ebenfalls einschlägige Tätigkeiten auf Kinderintensivstationen sowie Einheiten der neuropädiatrischen Frührehabilitation oder Querschnittzentren, die beatmete und trachealkanülierte Kinder und Jugendliche behandeln werden anerkannt. Weiterhin wird die Tätigkeit in Sozialpädiatrischen Zentren sowie Hochschulambulanzen, soweit diese jeweils auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind, anerkannt										
		Facharzturkunde/Nachweis der Zusatzbezeichnung ist im Original zur Einsichtnahme oder in Form einer beglaubigten Kopie einzureichen. Beglaubigte Unterlagen dürfen max. 3 Monate alt sein. Liegt eine Eintragung in einem Arztregister aus einem anderen Bundesland vor, genügt ein Auszug des Arztregis	dürfen max. 3 Monate alt sein.									
		in Nachweis der Tätigkeit, in dem der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen hervorgeht, ist dem Antrag be ufügen (z.B. Zeugnis, Erklärung durch den Arbeitgeber)										
		und/oder										
	2.	Entfernung Trachealkanüle bei nicht beatmeten Patienten (Dekanülierung) – ohne Weaning										
		Alle Fachärzte mit Nachweis einer mind. 18-monatigen Tätigkeit in einer stationären-Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation										
		Ein Nachweis der Tätigkeit, in dem der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen hervorgeht, ist dem Ar beizufügen (z.B. Zeugnis, Erklärung durch den Arbeitgeber)	ıtrag									

III. Sonstige Angaben																							
Bitte verwenden Sie für die Honorarabrechnung folgende Bankverbindung:																							
Bank/Kreditinstitut:															_								
BIC:																				_			
IBAN:																							
Kontoinhab	er:																			_			
IV. Erklä	irung																						
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 N	ame an Ko	ollege	en bz	zw. Ir	stitu	ition	en w	eite	geg	gebe	en v	wir	d.										
Datum Unterschrift des Antragstellers										Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter des Krankenhauses													

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.