

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung**Antrag auf Ausführung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-  
Infektion / Aids-Erkrankung**

(gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)

**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 Anforderungen

Ich verfüge über die Facharztbezeichnung

Innere und Allgemeinmedizin	<input type="radio"/>	Allgemeinmedizin	<input type="radio"/>
Innere Medizin	<input type="radio"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="radio"/>
Praktischer Arzt	<input type="radio"/>	Arzt ohne Gebietsbezeichnung	<input type="radio"/>

und kann die nachfolgenden Nachweise (*diese bitte dem Antrag beifügen!*) zur fachlichen Befähigung nach § 3 der QS-Vereinbarung erbringen:

- mindestens halbjährige ganztätige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV- / Aids-Patienten, welche den Anforderungen nach Absatz 2 entspricht ☐
- selbständige Betreuung von 25 HIV- / Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst ☐
- theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV / Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung ☐

## III. Erklärung/Verpflichtung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich bzw. verpflichte ich mich

1. die Patientengruppenübergreifende spezialisierte Versorgung nach § 4 und die Patientengruppenspezifische spezialisierte Versorgung nach § 5 der QS-Vereinbarung zu übernehmen.
2. die organisatorischen Anforderungen und die Vorschriften zur Praxisausstattung nach § 6 der QS-Vereinbarung einzuhalten.
3. die ärztliche Dokumentation gem. der Anlage 1 der QS-Vereinbarung für jeden HIV-/Aids-Patienten durchzuführen.
4. zur Gewährung der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung meiner besonderen Qualifikation die unter § 10 Abs. 1 aufgeführten Voraussetzungen jährlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nachzuweisen.

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**

---

**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.