



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Geschäftsbereich
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

*in Kopie beigefügt
liegt der KVBB bereits vor*

oder

2. Berechtigung zum Führen einer FA-Bezeichnung im Gebiet

- Allgemeinmedizin q
- Innere Medizin q
- Kinder- und Jugendmedizin q
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe q
- Urologie q
- Haut- und Geschlechtskrankheiten q

und

mindestens 8-stündige Hospitation in Präsenz in Einrichtungen zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten. Die Hospitation kann in zwei zeitlich voneinander getrennten Modulen absolviert werden und im begründeten Einzelfall können davon 4 Stunden online erfolgen

in Kopie beigefügt q

und

Nachweis von fachlicher Kompetenz durch die Präsenz bei der Behandlung von mindestens 7 Personen mit HIV-PrEP

in Kopie beigefügt q

und

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

in Kopie beigefügt q

III. Anforderungen gemäß § 5 der Vereinbarungen

Ich erkläre, dass ich die in § 5 Abs. 3 und 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung genannten Anforderungen erfülle. q

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.