



**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 zusätzliche Vergütung beim Hausbesuch eines**  
**Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung bzw. AIDS-**  
**Erkrankung - SNR 99555 (IKK)**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

☐ Eigener Niederlassung

☐ 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

1. Sind Sie von der KV Brandenburg als onkologisch verantwortlicher Arzt anerkannt? Ja ☐ Nein ☐

**Wenn nicht:**

2. Ist eine regelmäßige enge Zusammenarbeit mit der Praxis eines onkologisch verantwortlichen Arztes bzw. einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft sichergestellt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, mit welcher:

.....

3. Sind Sie einem onkologischen Schwerpunkt/AIDS-Zentrum angeschlossen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, in welchem:

.....

4. Haben Sie eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen bei der Behandlung sterbender Patienten? Ja ☐ Nein ☐

Erstrecken sich diese Erfahrungen auf

- 4.1. die Durchführung von Therapien schwerer Schmerzzustände Ja ☐ Nein ☐

- 4.2. Behandlung Tumor- bzw. HIV-bedingter Entgleisungen des Flüssigkeitshaushaltes Ja ☐ Nein ☐

- 4.3. die Betreuung und Anleitung der pflegenden Bezugsperson Ja ☐ Nein ☐

- 4.4. Wo und in welchem Zeitraum haben Sie diese Kenntnisse erworben? (ggf. Nachweise beilegen)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:  
**qs@kvbb.de**

<b>Datum</b>	<b>Stempel/Unterschrift des Antragstellers</b>	<b>Im Falle der Anstellung: Stempel/Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers</b>
--------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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.



### **Anlage**

**zum Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung über die zusätzliche Vergütung beim Hausbesuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankungen bzw. ADIS-Erkrankung (mit der IKK)**

### **Bestätigung**

Entsprechend § 1 Abs. 3 der Vereinbarung soll der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt einem onkologischen Schwerpunkt bzw. AIDS-Zentrum angeschlossen sein. Eine regelmäßige enge Zusammenarbeit mit der Praxis eines onkologisch verantwortlichen Arztes bzw. einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft muss dauerhaft sichergestellt sein.

Mit der nachstehenden Unterschrift wird die Erfüllung dieser Vereinbarung bestätigt:

Onkologischer Schwerpunkt/Arbeitskreis:

---

Onkologisch verantwortlicher Arzt  
Oder eine onkologische Kooperations-  
gemeinschaft:

---

---

---

---