



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
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 o Nein o

Wenn nicht:

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

Wenn ja, mit welcher:
.....

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

Wenn ja, in welchem:
.....

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

Erstrecken sich diese Erfahrungen auf

4.1. die Durchführung von Therapien schwerer Schmerzzustände Ja o Nein o

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

4.3. die Betreuung und Anleitung der pflegenden Bezugsperson Ja o Nein o

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

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

**Stempel/Unterschrift
des Antragstellers**

**Im Falle der Anstellung:
Stempel/Unterschrift Ätztl. 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.



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:
