

Bitte zurücksenden an !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung &
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Außerklinische Intensivpflege

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Rechtsgrundlage: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL)

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts. Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____

Geschlecht _____ LANR _____

Privatanschrift _____

_____ 7 _____ : _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Qualitätssicherung
Team 2

Tel 069 24741-7300
Fax 069 24741-78713
qs.fb6@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Praxisanschrift:

Anschrift: _____

_____ HBSNR: _____

_____ 7 _____ : _____

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

Art der Leistungserbringung (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Leistungserbringung nach § 9 Abs. 1 Satz 3 AKI-RL (Verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte)**
- Hiermit bestätige ich über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten zu verfügen.
- oder
- Hiermit erkläre ich meine Absicht mir die geforderten Kompetenzen mit dem Besuch an der Fortbildungsveranstaltung innerhalb von sechs Monaten anzueignen. Die erfolgreiche Teilnahme werde ich unaufgefordert spätestens vor Ablauf der 6 Monate bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen einreichen.

Hinweis: Als Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, Anästhesiologie, Neurologie, mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Weitere mit Qualifikationen nach § 8 Abs. 1f AKI-RL müssen Sie keinen Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen stellen.

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Formularbestellung

Die Verordnung erfolgt auf **Muster 62B** (Verordnung außerklinischer Intensivpflege). Der Verordnung beizulegen ist das **Muster 62C** (Behandlungsplan).

- Ja, bitte übersenden Sie mir einen Satz Muster 62B und Muster 62C.
- Nein, ich benötige keine Muster, da ich Blankoformularbedruckung nutze.

Erklärungen und Hinweise

- Für Ärztinnen und Ärzte die eine Ermächtigung bzw. eine eingeschränkte Zulassung zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung bzw. im Rahmen der eingeschränkten Zulassung wirksam werden.
- Mir sind die Ziele und Inhalte der AKI-RL sowie die Verpflichtungen die sich im Rahmen der AKI-RL ergeben bekannt und ich erkenne diese an.

