

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

**Gewährleistungserklärung / Technischer Datenbogen
(vom Hersteller bzw. der Vertriebsfirma auszufüllen)**

Apherese

**Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung von Apheresen als extrakorporales
Hämotherapieverfahren - Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung**

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.

Qualitätssicherung
Team1

Anna Wandrei
Tanja Köhn
Tel 069 24741-6094/ 6312
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

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

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Praxisanschrift _____

 _____  _____  _____

Standort der Behandlungseinheit _____

(Straße, PLZ, Ort)

BSNR _____ N-BSNR _____

1. LDL-/ Lp(a) Apherese

→ Gemäß § 9 Abs. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 1 wird die LDL-/Lp(a) Apherese nachfolgendem Verfahren durchgeführt:

- Dextransulfat-Adsorption HELP-Verfahren Kaneka
 Immunadsorption Dali

Unspezifische Verfahren:

- Kaskadenfiltration Membran-Differential-Filtration (MDF)
 Sonstige Verfahren _____

Geräteinstallation

Geräte Typ _____ ID/ Anlage Nr. _____

Gerätehersteller _____

Gerätestandort _____

Baujahr _____ CE-Zeichen _____

Gerätebesonderheiten _____

eigene Praxis

außerhalb der eigenen Praxis:

Adresse: _____

Betreiber: _____

2. Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

→ Gemäß § 9 Abs. 3 der Richtlinie Methode vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 1 erfolgt die Immunapherese mittels Adsorbersäulen mit an Silikat gebundenem Staphylokokkenprotein-A:

ja nein

Geräteinstallation

Geräte Typ _____ ID/ Anlage Nr. _____

Gerätehersteller _____

Gerätestandort _____

Baujahr _____ CE-Zeichen _____

Gerätebesonderheiten _____

eigene Praxis


außerhalb der eigenen Praxis:

Adresse: _____

Betreiber: _____

Die vorgenannte apparative Ausstattung entspricht den Anforderungen des Medizinproduktgesetzes (MPG) Klasse IIb und der Medizinbetrieiberverordnung (MPBetreibV).

Vielen Dank für die Nennung eines Ansprechpartners

Frau / Herr _____  _____

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift, Hersteller bzw. Vertriebsfirma

Hersteller bzw. Vertriebsfirma haften in vollem Umfang für die Richtigkeit der in dieser Gewährleistungserklärung gemachten Angaben.

Stand Februar 2024