



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Bedarfsprüfung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

**BITTE VERGESSEN SIE NICHT,
DAS FORMULAR ZU
UNTERSCHREIBEN!**

Anzeigeformular - Vereinbarung nach § 118b SGB V, Pädiatrische Institutsambulanzen (PädIA)

Das Anzeigeformular bitte leserlich und vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen! In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen aller Geschlechter.	
1. Angaben zum Krankenhaus	
Name des Krankenhauses	
Anschrift	
IK-Nummer (falls vorhanden)	
Art der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Pädiatrisches Krankenhaus
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus mit selbstständigen pädiatrischen Fachabteilungen
Koordinationsperson	<input type="checkbox"/> Entspricht der ärztlichen Leitung
	<input type="checkbox"/> abweichende Koordinationsperson* (Angabe des Namens und der Kontaktdaten): _____ _____
Geplanter Beginn der PädIA (Datum)	
* Hinweis: Wenn die Koordinationsperson nicht der ärztlichen Leitung entspricht, muss für diese eine formlose Vollmacht, unterschrieben von der ärztlichen Leitung, eingereicht werden.	



2. Persönliche Angaben der ärztlichen Leitung der PädIA

Hinweis: Gemäß § 5 Abs. 2a) der Vereinbarung nach § 118b SGB V steht die PädIA unter der Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin, der über die erforderliche abgeschlossene Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung des entsprechenden Leistungsbereichs gemäß Anlage 1 Nr. A 1 bis A 10 verfügt (Facharztstatus) oder unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendchirurgie, wenn die PädIA ausschließlich Leistungen gemäß Anlage 1 Nr. A 11 erbringt (Facharztstatus).

Titel		
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/>	männlich
	<input type="checkbox"/>	weiblich
	<input type="checkbox"/>	divers
Im Arztregister der KV Hessen eingetragen	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
KHANR (Krankenhausarzt- nummer)		
Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde (einschließlich Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung):		



3. Bestätigungen

Folgende sächliche und personelle Anforderungen gem. § 5 der Vereinbarung nach § 118b SGB V PädiA sind zu erfüllen und nachfolgend zu bestätigen:

<input type="checkbox"/>	Strukturierte Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit und der geeigneten Behandlungsebene sowie eine Priorisierung
<input type="checkbox"/>	Mindestsprechstundenzeiten an zwei Tagen pro Woche jeweils für vier Stunden
<input type="checkbox"/>	Öffnungszeiten sind auf der Homepage veröffentlicht; die telefonische Erreichbarkeit zu diesen Zeiten ist sichergestellt
<input type="checkbox"/>	Möglichkeit der Online-Terminanfrage
<input type="checkbox"/>	kurzfristige Termine für Patienten mit von einem Facharzt nachgewiesener Dringlichkeit
<input type="checkbox"/>	Darstellung des Leistungsbereichs auf einer Homepage
<input type="checkbox"/>	Videosprechstunden und Konsil
<input type="checkbox"/>	Fallkonferenzen
<input type="checkbox"/>	Nutzung der medizintechnischen Großgeräte des Krankenhauses und eine geeignete Praxisausstattung bzw. Räumlichkeiten
<input type="checkbox"/>	Veröffentlichung der jährlichen Zahlen der behandelten Patienten gemäß Anlage 1 sowie mindestens die zehn häufigsten von der PädiA behandelten Hauptdiagnosen nach ICD-10 Klassifikation Diese Informationen können auch Bestandteil des Qualitätsberichts nach § 136b SGB V sein
<input type="checkbox"/>	Im Bedarfsfall steht qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung (mindestens eine der folgenden Qualifikationen): <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachperson oder <input type="checkbox"/> Pflegefachperson mit Vertiefung Pädiatrie oder <input type="checkbox"/> Pflegefachperson mit ausgewiesener Erfahrung in der Notfallversorgung
<input type="checkbox"/>	Eine Meldung an den Landesverband der Krankenkassen und die Ersatzkassen ist erfolgt
<input type="checkbox"/>	Die erforderlichen Genehmigungen der Qualitätssicherung der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen für die einzelnen Leistungserbringer sind beantragt oder liegen bereits vor

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

mir die Inhalte, Ziele und Bestimmungen der Vereinbarung nach § 118b SGB V Pädiatrische Institutsambulanzen und die Verpflichtungen, die sich für mich durch die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ergeben, bekannt sind und ich diese für mich als rechtsverbindlich anerkenne.

Es wird versichert, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, werden diese umgehend schriftlich mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift der ärztlichen Leitung