

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt



## Gerätemeldung über die verwendete Behandlungseinheit

### 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.

Zusatzgerät       Gerätewechsel       Standortwechsel

\_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen

Maria Kazantsidou  
Melanie Majarian  
Tel 069 24741-6522/-6675  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.3@kvhessen.de

Unsere Zeichen: MK

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

**Gemeinsame Apparatennutzung:**

ja       nein

Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

Nutzungsvertrag ist beigefügt\*

\*Ein Nutzungsvertrag ist beizufügen, wenn die verwendete Behandlungseinheit von einer anderen Einrichtung genutzt wird, z. B. von einem Krankenhaus, einer anderen Dialysepraxis/-einrichtung oder MVZ.

**Erklärung und Hinweise**

**Für die Angaben zur apparativen Ausstattung wird für jede Behandlungseinheit ein neuer Gerätemeldebogen inkl. Gewährleistungserklärung eingereicht.**

**Jede Änderung der genannten apparativen Ausstattung ist unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen anzuzeigen.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift, Vertragsarzt/ Vertretungsberechtigter

Stand 04.11.2019