

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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  
Team 1

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

Unsere Zeichen: MK / Maj

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 nach folgendem 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 Medizinbetrieberverordnung (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 15.02.2021