

Bitte zurücksenden an !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP)

Anzeige der Anwendung qualitätsgesicherter ATMP

Rechtsgrundlage: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Absatz 5 SGB V (ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie /ATMP-QS-RL)

Qualitätssicherung
Team 2

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

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weibliche und männliche Geschlechts.

Bitte füllen Sie die Anzeige möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Anzeigebearbeitung.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

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

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

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname*, Titel _____ LANR* _____

Privatanschrift* _____

* _____  _____ * _____

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 _____

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

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort: _____

_____ BSNR: _____

_____ _____ _____

Anschrift Standort: _____

_____ BSNR: _____

_____ _____ _____

Bei weiteren Standorten bitte der Anzeige eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

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

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Anzeige nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Art der Leistungserbringung (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

CAR-T-Zell-Infusion bei B-Zell-Neoplasien

berechtigte Facharztgruppen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie (nach altem Recht)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie (bei behandelten Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)

Onasemnogen-Abeparvovec

berechtigte Facharztgruppen:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

Die Leistungen werden angezeigt für

- Vorbereitung der ATMP-Therapie
- Nachbereitung der ATMP-Therapie

Die Leistungen werden angezeigt für folgende Personengruppen

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr

Beizufügende Nachweise

Die fachlichen Anforderungen müssen mittels entsprechender Checkliste im Anhang der ATMP-QS-Richtlinie nachgewiesen und gemäß ATMP-QS-Richtlinie inklusive der zugehörigen Anlage erfüllt werden.

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.

- Checkliste im Anhang der ATMP-QS-Richtlinie
- In diesem Zusammenhang ist die Erfüllung von personellen und fachlichen Anforderungen durch Vorlage der Urkunde bzw. sonstiger Nachweise über die Berechtigung zum Führen der genannten Bezeichnungen nachzuweisen, sofern diese dem Arztregister noch nicht vorliegen.

Dem Antrag sind Nachweise der Tätigkeit, in dem die Kenntnisse und Erfahrungen erlangt wurden, in Kopie beizufügen.

Erklärungen und Hinweise

- Nach § 16 der ATMP-RL ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen erst nach Bestätigung durch die Kassenärztliche Vereinigung, dass Anzeige und Nachweise nach Absatz 2 eingegangen sind, zulässig.
- Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Erfüllung der Mindestanforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich mitzuteilen sind.
- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertraglichen Tätigkeit führen können.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers*

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte bzw. beschäftigte Ärzte

.....
Datum

.....
Unterschrift des MVZ-Leiters bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes (*)

.....
Stempel