

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

### Erklärung zur Kooperation mit einem Transplantationszentrum

#### Anlage 2 zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse gemäß § 5 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

*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

Anna Wandrei

Tel 069 24741-6094

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

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

### Es wird versichert, dass die Dialysepraxis/ -einrichtung mit folgendem Transplantationszentrum kooperiert:

Name, Vorname, \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift des Vertragsarztes/ MVZ

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift der kooperierenden Einrichtung

Stand August  
2024