

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

## Erklärung zur ärztlichen Präsenz und zum pflegerischen Bereitschaftsdienst

### Anlage 3 zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse gemäß § 5 Abs. 4 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  
Substitution & weitere Genehmigungen

Maria Kazantsidou  
Melanie Majarian

Tel 069 24741-6522/-6675  
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 \_\_\_\_\_

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

## 1. Ärztliche Präsenz

Die ärztliche Präsenz sowie die Rufbereitschaft (7 Tagen in der Woche) werden abhängig vom jeweiligen Dialyseverfahren auch im Urlaubs- und Krankheitsfall gewährleistet.

Ja  Nein

## 2. Pflegerischer Bereitschaftsdienst

Hiermit wird versichert, dass das Dialysezentrum über einen eigenen 24-stündigen pflegerischen Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung der ambulanten Notfalldialysen zur Verfügung steht.

Ja, der Bereitschaftsdienst erfolgt durch folgend aufgeführten Mitarbeiter

Name	Qualifikation	Zeiten

**oder**

**Nein**, es bestehen bindende Absprachen zur Übernahme von Notfällen mit den folgenden benachbarter Dialysepraxis:

Name	Qualifikation	Zeiten

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes / MVZ

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift der kooperierenden Einrichtung

Stand 04.11.2019