

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

**Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten
Kooperatives Zusammenwirken mit Leistungserbringer gemäß §§
13, 14 der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)
(Vertragsarzt und ermächtigte Einrichtung)**

Qualitätssicherung Team 1

Maria Kazantsidou
Melanie Majarian

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

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.

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

Der besonderen Versorgungsauftrag zur nephrologischen Betreuung von chronisch niereninsuffizienten Patienten nach § 3 Abs. 3 a) wird im Zusammenwirken gemäß §§ 13, 14 (Vertragsarzt und ermächtigte Einrichtung) der Anlage 9.1 BMV-Ä ausgeführt bzw. fortgeführt:

Ja Nein

Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation am Standort

BSNR _____ Straße, PLZ, Ort _____

N-BSNR _____ Straße, PLZ, Ort _____

N-BSNR _____ Straße, PLZ, Ort _____

Die geforderten Bedingungen für das kooperative Zusammenwirken nach § 13 bzw. § 14 der Anlage 9.1. BMV-Ä sind erfüllt. Als Nachweis wurden die Kooperationsverträge gemäß § 13 Abs. 2 der Anlage 9.1 BMV-Ä über das Zusammenwirken zwischen den Ärzten und der ermächtigten Einrichtung vorgelegt:

Ja Nein

Angaben der kooperierenden Vertragsärzte

Name, Vorname, Titel: _____ Kooperationsvertrag vom _____

Facharztbezeichnung: _____ **Arbeitszeit/Woche und Faktor** _____

Name, Vorname, Titel: _____ Kooperationsvertrag vom _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Name, Vorname, Titel: _____ Kooperationsvertrag vom _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Name, Vorname, Titel: _____ Kooperationsvertrag vom _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Name, Vorname, Titel: _____ Kooperationsvertrag vom _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

..... Ort, Datum Unterschrift des verantwortlichen Institut / ermächtigte Einrichtung Stempel
---------------------	---	------------------

..... Ort, Datum Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus) Stempel
---------------------	---	------------------

Stand 08.02.2021

Seite 2 von 2