

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Apheresen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung  
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

### Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname: .....

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon:                      Praxis: .....                      privat: .....

### Ort der Leistungserbringung

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
- in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)  
.....
- im Rahmen einer Anstellung
  - bei einem Vertragsarzt .....
  - in einem MVZ .....
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Apheresen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein                       ja (bitte den Bescheid beifügen)

**Fachliche Voraussetzungen (gemäß § 2 der Anlage I Nr. 1. der RL-MvV)**

- Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie
- Facharzt für Kinder-/Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Kinder-Nephrologie

Der Nachweis der fachlichen Befähigung gilt mit der Berechtigung zum Führen der v. g. Gebietsbezeichnung als erbracht.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Themen A-Z.

**Erklärung**

Mir ist bekannt, dass

- die ambulanten Apheresen nur nach Vorliegen eines Leistungsbescheides (Kostenübernahmeerklärung) der zuständigen Krankenkasse des Patienten von mir in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeführt und abgerechnet werden können. Der Leistungsbescheid kann immer nur befristet auf ein Jahr bzw. einen Behandlungszyklus erteilt werden. Die Fortführung der Behandlung ist von einem erneuten Leistungsbescheid abhängig.
- der jeweilige Leistungsbescheid bei Abgabe der Quartalsabrechnung, in welcher die Behandlung begonnen wurde, vorzulegen ist.
- die Auswahl des Verfahrens für jeden Einzelfall in Abstimmung mit dem begutachtenden Arzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu erfolgen hat.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Apherese der KV Thüringen die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der "Qualitätssicherungsvereinbarung" entsprechen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Apheresen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

**Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:**  
*Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen von ambulanten Apheresen wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de), Thema Datenschutz.