

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Eisenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach der Außerklinischen
Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL)
– Verordnung (§ 6 AKI-RL)**

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(lebenslange Arztnummer - falls vorhanden)

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

1.1. Antragstellung für bereits in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Arzt:

- Ich bin in Einzelpraxis/BAG zugelassener Vertragsarzt
- Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)
- Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)
- Ich bin am Krankenhaus/In Einrichtung _____ ermächtigter Arzt

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Praxis

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

- den Antragsteller persönlich *oder*
 den folgenden/die folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt/Ärzte:

1. LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

2. LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

- Angestellter Arzt bei o. g. Einzelpraxis
 Angestellter Arzt bei o. g. Berufsausübungsgemeinschaft
 Angestellter Arzt im o. g. MVZ
 Vertragsarzt im o. g. MVZ

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 6 AKI-RL

Hinweis:

Folgende Vertragsärzte brauchen keine Genehmigung zur Verordnung beantragen:

1. Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
2. Fachärzte für Anästhesiologie
3. Fachärzte für Neurologie
4. Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
5. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
6. Fachärzte mit Genehmigung zur Potenzialerhebung

3. Genehmigungsvoraussetzungen

Folgende fachliche Qualifikation (§ 9 Abs. 1 S. 3 AKI-RL) werden erfüllt:

Facharzt

MIT


- Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten (Erklärung – Anlage 1 ausfüllen)

ODER


- Es wird die Absicht erklärt, innerhalb der nächsten sechs Monate nach Antragstellung die Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten anzueignen und nachzuweisen.
(Anlage 1 ist nach Erwerb der Kompetenzen - bis spät. sechs Monate nach Bekanntgabe des Genehmigungsbescheides – der KVB nachzureichen.)

- Ich versichere / der beim Antragssteller tätige Arzt versichert, dass alle Vorgaben der AKI-RL eingehalten werden.

Es wird zur Kenntnis genommen, dass die Genehmigung in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals (www.gesund.bund.de) verpflichtend veröffentlicht wird (§ 395 SGB V).


Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter /
MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Anlage 1

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach der AKI-RL
– Verordnung (§ 9 AKI-RL)

Antragsteller Titel _____ Name _____, Vorname _____
--

bzw.

beim Antragsteller tätiger Arzt Titel _____ Name _____, Vorname _____
--

Erklärung

Ich (Antragsteller oder ggf. der beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten habe.

Ich habe mir die Kompetenzen wie folgt angeeignet:

- Zertifizierte KBV-Fortbildung (KBV-Fortbildungsportal Online)
- Praktische Erfahrung durch Behandlung von Patienten der AKI
- Weitere Fortbildungen und Kurse, bspw. über DG für Pneumologie und Beatmungsmedizin oder andere Anbieter

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt



Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Bitte beachten Sie:

Die Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist erst nach Erhalt der Genehmigung durch die KVB zulässig. Werden genehmigungspflichtige Leistungen vor Erhalt der Genehmigung durchgeführt, so sind diese nicht vergütungsfähig.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.