

## Dialyse-Antrag

gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Blutreinigungsverfahren § 135 Abs. 2 SGB V

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an o.g. E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

### I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

☐ Einzelpraxis

☐ Berufsausübungsgemeinschaft

☐ Ermächtigter Krankenhausarzt

☐ Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang

- ☐ GOP 13600 EBM - Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten
- ☐ GOP 13601 EBM - Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren- oder Nieren Bauspeicheldrüsen-Transplantatträgers
- ☐ GOP 13602 EBM - Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichten Patienten
- ☐ GOP 13610 EBM - Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren
- ☐ GOP 13611 EBM - Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse
- ☐ GOP 13612 EBM - Zuschlag zu GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse

## III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse wurde bereits von einer Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:

☐ ja (bitte Bescheid beifügen)

☐ nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

☐ ja

☐ nein

---

☐ Ich bin zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ berechtigt.

☐ Ich habe die Zusatzweiterbildung "Kinderneurologie" erworben.

☐ Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung "Kinderheilkunde" berechtigt. Bitte die entsprechenden Zeugnisse und Bescheinigungen über die Tätigkeit in der Dialyse, gemäß § 4 Abs. 2 a-d der Qualitätssicherungsvereinbarung beifügen, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen.

Hinweis: Die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium gemäß § 9 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung ist nach Erfüllung der Voraussetzungen für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinderheilkunde zwingend vorgesehen.

#### IV. Allgemeines

Dialyseleistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse durch die KV Bremen erteilt wurde.

#### V. Erklärung

Die Dialyseeinrichtung gewährleistet die Organisation gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung. Die Dialyseeinrichtung erfüllt die Anforderung an die apparative Ausstattung gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung und weist diese nach Aufforderung durch die KV Bremen nach. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Dialyse-Kommission die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin überprüft, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

Ich/wir werde/n die KV Bremen über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Anforderungen betreffen.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns an einrichtungsübergreifenden (d.h. externen) Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie teilzunehmen. Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

-----  
Datum Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

-----  
Datum Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)