

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Lisa Hinz
Tel. 0385/7431-383
FAX 0385/7431-66-383
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin



Arztstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
ambulanter Dialysebehandlungen/Apheresen als extrakorporales
Hämotherapieverfahren nach den Qualitätsvoraussetzungen gemäß
§ 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung von Blutreinigungsverfahren
vom 16.06.1997 in der Fassung vom 01.04.2014**

Name:

Vorname:

Betriebsstättennummer: 78

Praxisadresse:
.....
.....

Niederlassung als:

Schwerpunktbezeichnung:
(ggf. amtlich beglaubigte Kopie vorlegen, sofern noch nicht im Arztregister der KVMV eingetragen)

Organisatorische Voraussetzungen:

Anzahl der Behandlungsplätze:

Folgende Dialyse/Aphereseverfahren werden in der Praxis angewendet:

.....
.....
.....

Folgende Dialyse/Aphereseverfahren werden in Kooperation erbracht – mit Angabe des Kooperationspartners:

.....

.....

Apparative Ausstattung gemäß § 6 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

(Rechnungen bzw. Lieferscheine als Anlage beifügen!)

Wir verfügen:

.....

(Name des Gerätes zur Durchführung der Dialyse/Apherese + Hersteller)

.....

(Name des Gerätes zur Durchführung der Dialyse/Apherese + Hersteller)

.....

(Name des Gerätes zur Durchführung der Dialyse/Apherese + Hersteller)

über eine Umkehrosmoseanlage

über eine Notfallausrüstung wie folgt (Nachweise, siehe Anlage)

- a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- b) Sauerstoffversorgung
- c) Absaugvorrichtung
- d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- e) Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für die Hämoglobin- oder Hämatokritbestimmung

Datum

Unterschrift