

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Keßlerstraße 1
76185 Karlsruhe

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

www.kvbawue.de/palliativmedizinische-versorgung

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Palliativmedizinische Versorgung {PAL1}

Fachliche Anforderung nach Anlage 1

Praktische Erfahrungen:

- mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team
- oder**
- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre
- und**

Theoretische Kenntnisse:



- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer
- oder**
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) und Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin
- oder**
- Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) und Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6, der Kurs-Weiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“, insgesamt 18 Stunden)

Bitte entsprechende Urkunden, Zeugnisse und/oder Bescheinigungen gemäß § 8 in Kopie beifügen.

Jährliche Nachweise zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich verpflichte mich zur kontinuierlichen Fortentwicklung meiner Qualifikation durch regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten pro Jahr.

Erklärung zur Interdisziplinären Zusammenarbeit im Team in der Versorgung von Palliativpatienten

In der Versorgung von Palliativpatienten übernehme ich die Behandlung der Patienten und koordiniere die erforderliche Einbeziehung sowie die im Bedarfsfall notwendige fortlaufende Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern.



Kooperation

Ich kooperiere mit folgenden Leistungserbringern:

- Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtung

Name, Anschrift

- Ambulanter Hospizdienst

Name, Anschrift

- Stationäres Hospiz

Name, Anschrift

- Palliativdienst

Name, Anschrift



- Palliativstation

Name, Anschrift

- SAPV-Team

Name, Anschrift

- weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)

Name, Anschrift

- Ambulanter Pflegedienst (Auswahl durch Patienten bzw. Betreuer/Bevollmächtigte)

Name, Anschrift

Erklärung

Wir erklären die Zusammenarbeit und haben verbindliche Absprachen getroffen zu:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
- gegenseitigem Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen
- Durchführung von Konsilen

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller

Unterschrift angestellter Arzt

Stempel und Unterschrift(en) Kooperationspartner

Einverständniserklärung



Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen überprüfen kann.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

Unterschrift

