

Arztstempel



Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANTRAG Anerkennung von Praxisnetzen gem. § 87b Abs. 4 SGB V
(in Verbindung mit der Richtlinie der KV Thüringen zur Anerkennung von Praxisnetzen)

Hiermit beantragt das Praxisnetz: _____
die Anerkennung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V.

Angaben des Antragstellers

Ansprechpartner/in:
Geschäftsführer/in:
Ärztl. Leiter/Koordinator:
Zusatzbezeichnung:
Geschäftsstelle/Anschrift:
Telefon: E-Mail:

Anerkennung gemäß:

- Basis-Stufe
- Stufe I
- Stufe II

Dem Praxisnetz gehören
.....(Anzahl) vertragsärztliche und
.....(Anzahl) psychotherapeutische Praxen an.

Das Praxisnetz besteht seit _____ (Datum)

Rechtsform

- Personengesellschaft (GbR, Partnergesellschaft, etc)
- eingetragenen Genossenschaft (eG)
- eingetragener Verein (e.V.)
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

(Nachweis des Gesellschaftervertrags)

Kooperation gemäß § 4 der Richtlinie

- Das Praxisnetz hat eine verbindliche Kooperationsvereinbarung unter Beachtung der Versorgungsziele gemäß § 4 der Richtlinie mit folgendem nicht-ärztlichen medizinischen Leistungserbringer oder stationären Einrichtung abgeschlossen (Nachweis: Kooperationsvereinbarung)

Grundsätze gemäß § 2 der Richtlinie

- Unabhängigkeit gegenüber Dritten
- Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren und -zielprozessen
- Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement

Managementstrukturen:

- eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle
- eine(n) Geschäftsführer(in)
- eine(n) ärztliche(n) Leiter/in Koordinatorin zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7

Erklärung

Das Praxisnetz verpflichtet sich, die geforderten Strukturvorgaben, Ziele und Kriterien dieser Richtlinie zu erfüllen. Sobald die Anforderungen nicht mehr erfüllt werden, wird dies umgehend der KV Thüringen angezeigt. Die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz zum Schutz der Sozialdaten werden eingehalten.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift leitende(r) Arzt/Ärztin/Koordinator/in

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Geschäftsführer/in / Vorstand