

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Ab. 2 SGB V)

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis:

privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung für Leistungen von Akupunktur durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

Abschnitt 30.7.7 des EBM

GOP: 30790, 30791

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)

Zusatzbezeichnung "Akupunktur"

und

Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums "Psychosomatische Grundversorgung" der Bundesärztekammer (80 Stunden) (entfällt, wenn bereits eine Abrechnungsgenehmigung Psychosomatik durch die KV Thüringen erteilt wurde)

und

Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer.

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Räumliche und apparative Voraussetzungen (gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)

separate abgeschlossene Räume mit Liegeplätzen (abtrennbar)

Verwendung steriler Einmalnadeln

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Mit einer Überprüfung der von mir genutzten apparativen und räumlichen Ausstattung durch die Qualitätssicherungs-Kommission Akupunktur der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen gemäß § 7 (4) der geltenden Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur bin ich einverstanden.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Akupunktur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.