

Arztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANTRAG auf Genehmigung zur
Ausführung und Abrechnung von Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten
im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Entscheidung zur Erteilung der Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten benötigt.

Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname:

LANR:
(Lebenslange Arztnummer)

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Wohnanschrift:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

BSNR: NBSNR:
(Betriebsstättennummer) (Nebenbetriebsstättennummer)

Telefon: Praxis: privat:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)

.....

im MVZ

.....

im Rahmen einer Ermächtigung

Beantragte Leistungen

- GOP 30790 und 30791 des EBM

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung von Akupunktur durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein ja (Bitte den Bescheid beifügen)

Fachliche Qualifikation des Leistungserbringers gemäß § 3 Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur

Folgende Nachweise sind vorzulegen:

- Zusatzbezeichnung "Akupunktur"

und

- Teilnahme an einer Fortbildung gem. den Vorgaben des Curriculums „Psychosomatische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (80 Stunden)
(entfällt, wenn 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

Entsprechende Nachweise sind im Original oder als beglaubigte Kopien als Anlage beizufügen!

Erklärung

Hiermit erkläre ich mich gem. den Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur mit einer Überprüfung der apparativen und räumlichen Gegebenheiten in meiner Praxis/im MVZ durch die Qualitätssicherungskommission der KV Thüringen einverstanden.

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

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes