

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Gerätemeldung über die verwendete Behandlungseinheit

Apherese

Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren - Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Zusatzgerät Gerätewechsel Standortwechsel

Qualitätssicherung
Team 1

Anna Wandrei
Tanja Köhn
Tel 069 24741-6094/ 6312
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Praxisanschrift _____

_____ _____ _____

Standort der Behandlungseinheit _____

(Straße, PLZ, Ort)

BSNR _____ NBSNR _____

Gemeinsame Apparatennutzung:

ja nein

Name und Anschrift: _____

Nutzungsvertrag ist beigefügt*

*Ein Nutzungsvertrag ist beizufügen, wenn die verwendete Behandlungseinheit von einer anderen Einrichtung genutzt wird, z. B. von einem Krankenhaus, einer anderen Dialysepraxis/-einrichtung oder MVZ.

Erklärung und Hinweise

Für die Angaben zur apparativen Ausstattung wird für jede Behandlungseinheit ein neuer Gerätemeldebogen inkl. Gewährleistungserklärung eingereicht.

Jede Änderung der genannten apparativen Ausstattung ist unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen anzuzeigen.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift, Vertragsarzt/ Vertretungsberechtigter

Stand 29.02.2024