

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

Dialyse

Erklärung zur gemeinsamen Nutzung der apparativen Ausstattung bei Erbringung von Dialyseleistungen des Abschnitts 40.14 EBM

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit sind in diesem Fragebogen für personenbezogene Formulierungen das neutrale Plural oder das maskuline Singular verwendet. Alle Formulierungen beziehen sich ausdrücklich gleichermaßen auf alle Geschlechter.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Bearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Allgemeine Angaben:

1. Die Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung wird ausschließlich von meiner /unserer Dialysepraxis/-einrichtung genutzt:

BSNR/ NBSNR: _____

Standort: _____

2. Erbringen Praxen, Praxen mit angestellten Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Einrichtungen oder rechtlich voneinander unabhängige Dialyseeinrichtungen Leistungen des Abschnitts 40.14 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM); in derselben Örtlichkeit und nutzen dabei gemeinsam apparative Ausstattungen (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung), so werden die von diesen Dialyseeinrichtungen abgerechneten Kostenpauschalen 40823 und 40824 aus dem Abschnitt 40.14 EBM mit einem Abschlag in Höhe von 5 Prozent versehen.

Qualitätssicherung Team 1

Ilena Spurfeld
Anna Wandrei

Tel 069 24741-6190/-6094
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

Unsere Zeichen: SI/AW

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

Nutzen Sie gemeinschaftlich mit anderen Betriebsstätten in derselben Örtlichkeit apparative Ausstattung?

- nein
- ja, wenn ja mit welchen BSNR/ NBSNR

BSNR/ NBSNR: _____ Praxisname: _____

Anzahl der Geräte: _____ Standort: _____

BSNR/ NBSNR: _____ Praxisname: _____

Anzahl der Geräte: _____ Standort: _____

BSNR/ NBSNR: _____ Praxisname: _____

Anzahl der Geräte: _____ Standort: _____

Erklärungen und Hinweise

Ich versichere, dass die in diesem Fragebogen gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung meiner Dialysetätigkeit, welche sich auf meinen Versorgungsauftrag auswirken könnte unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

.....
ggf. Praxisstempel

Stand: 24.01.2023