

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen
der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)**

Name _____

Praxisanschrift
Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V (Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)).

Fachliche Befähigung

- Ich verfüge über eine Genehmigung der KVSA gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankungen

Sofern die vorgenannte Genehmigung der KVSA nicht vorliegt:

Ich bin Facharzt für

- Allgemeinmedizin
 Innere Medizin
 Kinder- und Jugendmedizin
 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Urologie
 Haut- und Geschlechtskrankheiten

und erfülle folgende Voraussetzungen:

- mindestens 8-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten,

und

- Nachweis von fachlicher Kompetenz durch die Präsenz bei der Behandlung von mindestens 7 Personen mit HIV/Aids und/oder mit PrEP. Dies kann im Rahmen von bisheriger Berufstätigkeit oder der o.g. Hospitation erfolgen.

und

- theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung. Die Fortbildungspunkte können durch Online-Fortbildungsmaßnahmen erworben werden. Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden.

Die entsprechenden Unterlagen

- liegen der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
 sind diesem Antrag in einfacher Kopie als Anlage beigelegt.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte