

Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

E-Mail: mrsa@kvno.de
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 175

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung zur speziellen
Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten
Staphylococcus aureus (MRSA)**

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für _____ seit: _____

Schwerpunkt: _____ seit: _____

Zusatzbezeichnung: _____ seit: _____

Angestellter Arzt bei: _____

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit

Praxisgemeinschaft mit

Zulassung/Ermächtigung ab: _____

Qualifikationsnachweis:

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch:

- Die Zusatzbezeichnung „Infektiologie“

und/oder

- Die Teilnahme an einer von der KVNO angebotenen
MRSA Zertifizierung Fortbildungsseminar „Ambulante
MRSA-Versorgung“ (Dauer mind. 3 Stunden)

oder

- Online-Training mit anschließendem Fragetest

Die entsprechenden Unterlagen liegen bei.

Ich gehöre folgendem MRSA-Netzwerk an: _____

Ich verpflichte mich die organisatorischen Voraussetzungen zu erfüllen und bin mit einer Überprüfung der Anforderungen in der Praxis einverstanden.

Datum

Stempel und Unterschrift
des Antragstellers

Im Falle der Anstellung
Stempel und Unterschrift des
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.