

## **Antrag zur Teilnahme an der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prä- vention einer HIV-Infektion**

**Name:** .....

**Vertragsarztnummern** (wenn bereits bekannt):

**LANR:**.....

**BSNR:**.....

**NBSNR:** .....

**Privatanschrift**

**Praxisanschrift**

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

**Straße:** .....

**PLZ/Ort:** .....

**Telefon:** .....

**Telefax:** .....

**Email:** .....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):  
.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:  
.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:  
.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:  
.....

## Genehmigungsvoraussetzungen

- 1) Ich nehme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids teil.

oder

- 2) Ich bin niedergelassener Vertragsarzt und führe eine der Facharztbezeichnungen im Gebiet Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten

und

- a) Ich habe eine mindestens 16-stündige Hospitation zwecks medizinischer Betreuung von HIV/Aids Patienten absolviert,

in einer ambulanten Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten unter der Leitung eines Arztes, der über die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids verfügt.

oder

in einer stationären Einrichtung, die jährlich mindestens 50 HIV/Aids Patienten pro Quartal medizinisch betreut.

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen entsprechenden Nachweis bei.

und

- b) Ich verfüge über die fachliche Kompetenz durch die Präsenz bei der Behandlung von mindesten 15 Patienten mit HIV/Aids und/oder HIV-Präexpositionsprophylaxe

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen entsprechenden Nachweis bei.

und

- c) Ich verfüge über theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV-/Aids“ und sexuell übertragbarer Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von 1 Jahr vor Antragstellung

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen entsprechenden Nachweis bei.

## Qualifikationsanforderungen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

Für Teilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids:

Ich nehme zur Kenntnis, dass Voraussetzung für die Aufrechterhaltung dieser Genehmigung die weitere Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids ist.

Für Ärzte die nicht an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids teilnehmen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass Voraussetzung für die Aufrechterhaltung dieser Genehmigung die selbstständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 10 Personen mit HIV-Präexpositionsprophylaxe ab Genehmigungserteilung sowie der Nachweis des Erwerbs von jährlich 8 Fortbildungspunkten zum Themenkomplex HIV/Aids und Präexpositionsprophylaxe, davon die Hälfte in präsenzpflichtigen Fortbildungen ist.

-----  
**Ort/Datum**

-----  
**Unterschrift des Antragstellers**

-----  
**Vertragsarztstempel**

-----  
**erforderlichenfalls**  
**Unterschrift des anstellenden Arztes**