



Hauptabteilung Qualitätssicherung
Frau Casper
Tel.: 0211 / 5970 8079

Frau Mühlenkamp
Tel.: 0211 / 5970 8088

Bezirksstelle Düsseldorf/Köln E-Mail: schmerztherapie@kvno.de Fax-Nr.: 0211 / 5970 - 33223

**Schmerztherapie-Vereinbarung
Antrag zur Erbringung und Abrechnung der GOP 30704 EBM**

Name:
LANR: (soweit bereits bekannt)
BSNR: (soweit bereits bekannt)

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:
.....

I. Ich verpflichte mich,

- an mindestens **zehn** im Jahr nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung teilzunehmen und dies gegenüber der KV Nordrhein einmal jährlich nachzuweisen.

- jährlich an mindestens **30 Stunden schmerztherapeutischer Fortbildung** teilzunehmen und dies gegenüber der KV Nordrhein einmal jährlich nachzuweisen.

II. Ich bestätige, dass

- ich regelmäßig mindestens **150** chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal betreue,

- der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten in meiner Praxis **mindestens 75 %** beträgt,

- ich mit folgenden Fachdisziplinen kontinuierlich kooperiere:

Gebietsbezeichnung	Name	Anschrift
FA für Anästhesiologie		
FA für Neurologie		
FA für Neurochirurgie		
FA für Orthopädie/ Chirurgie		
FA für Psychiatrie		

FA für Rheumatologie		
FA für Radiologie		
Physiotherapie		

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel

.....
Ggf. Unterschrift des anstellenden
Arztes