

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
der Videosprechstunde**

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 der Videosprechstunde gemäß der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V)**

### **Nachweis der räumlichen Voraussetzungen**

- Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, statt.

### **Nachweis der apparativ-technische Voraussetzungen**

- Die technischen Anforderungen an die apparative Ausstattung der Arztpraxis gemäß Anlage 1 BMV-Ä Anlage 31b werden erfüllt:
- Kamera
  - Bildschirm (Monitor, Display etc.) mit einer Bildschirmdiagonale von mindestens 3 Zoll und einer Auflösung von mindestens 640 x 480 Pixel
  - Bandbreite von mindestens 2000 kbit/s im Download
  - Mikrofon und Tonwiedergabeeinheit
- KBV-zertifizierter Videodienstleister (Erklärung bitte beifügen)

Jede Änderung der apparativen Ausstattung ist der KVSA unverzüglich mitzuteilen.

### **Weitere Verpflichtungen/Erklärungen**

- Gemäß § 2 der Vereinbarung werden für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten die rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet, die sich insbesondere aus den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie des Zehnten Gesetzbuches (SGB X) ergeben.
- Zudem wird im Hinblick auf die Datensicherheit in den Räumlichkeiten gewährleistet, dass bei der Verarbeitung personenbezogener Daten die technischen und organisatorischen Maßnahmen entsprechend § 9 BDSG eingehalten werden.

### **Allgemeines**

Leistungen zur Videosprechstunde dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche schriftliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KVSA erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind grundsätzlich zu beachten.

Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung zur Videosprechstunde nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfangs wirksam.

Der/Die Unterzeichner/in versichert die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V zu erfüllen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere zur Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung, den Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
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