KV RLP | HV Mainz | Postfach 2567 | 55015 Mainz
Abteilung Qualitätssicherung

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/894016

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

A N Z E I G E

von ausgelagerten Praxisräumen zur Ausführung und Abrechnung von Videosprechstunden in der Psychotherapie

I. Angaben zum Antragsstellenden

ggf. Titel Name, Vorname ..... geb. am

Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) ..... Telefon

Adresse der ausgelagerten Praxisräume (bitte vollständig) ..... ausgelagert tätig ab

Lebenslange Arztnummer (LANR) .....

II. Anforderungen an die ausgelagerten Praxisräume

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Anforderungen erfüllt sind:

1.) Die ausgelagerten Untersuchungs- und Behandlungsräume befinden sich in räumlicher Nähe zum Ort der Niederlassung (Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten).

2.) Die Videosprechstunden findet in einem, für Dritte nicht zugänglichen Behandlungsraum nach §17 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung statt (z.B. abgeschlossenes Büro).

3.) Die Bedingungen des Datenschutzes und Zugangs der Räumlichkeiten durch Dritte nach § 1a Nrn. 17, 18, 20 und 21 BMV-Ä sind erfüllt.

4.) Die Voraussetzungen der Anlage 31b zum BMV-Ä der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde sind erfüllt.

Der/Die Unterzeichnende versichert die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum _____ Unterschrift/Stempel der ausführenden Person _____