

Stempel

Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der speziellen Schmerztherapie

Hinweis: bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Die Antragstellung erfolgt für:

Name, Vorname, Titel	LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab: _____

am Standort: _____

- Eine schriftliche Anerkennung als spezielle schmerztherapeutische Einrichtung gem. Anlage 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung liegt für den Standort vor.

Organisatorische Anforderungen

Die folgenden, in § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten, fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren werden in eigener Praxis oder in Kooperation mit einer anderen Vertragsarztpraxis erbracht

(Mind. 3 fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren müssen in eigener Praxis erbracht werden).

Verfahren	wird in eigener Praxis erbracht	wird konsiliarisch mit folgender Vertragsarztpraxis erbracht (bitte Namen und Adresse eintragen)
Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	_____ _____

