

Antrag

auf Anerkennung einer interdisziplinären Schmerzkonferenz

gemäß der Anlage zur verwaltungstechnischen Umsetzung der QS-Vereinbarung Schmerztherapie

1 Angaben zur Schmerzkonferenz

	Name, Vorname	LANR
Leiter:		
unter Mitarbeit von:		

Veranstaltungsort: _____

2 Häufigkeit der Schmerzkonferenz

Gründungsdatum:	
Anzahl Sitzungen im Jahr:	<input type="checkbox"/> 8-mal (Genehmigung zur Erbringung schmerztherapeutischer Leistungen)
	<input type="checkbox"/> 12-mal (Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung)
	<input type="checkbox"/> häufiger: ...

3 Erklärung

<input type="checkbox"/>	Der o.g. Konferenzleiter erfüllt die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung
<input type="checkbox"/>	Die Veranstaltung entspricht inhaltlich und formell den Vorgaben einer Schmerzkonferenz gemäß der QS-Vereinbarung und der Anlage zur verwaltungstechnischen Umsetzung der QS-Vereinbarung Schmerztherapie
<input type="checkbox"/>	Die Bestimmung zum Datenschutz und zur Unabhängigkeit der Veranstaltung von Dritten werden in den Sitzungen des Schmerzkonferenz eingehalten.

Die Termine der Schmerzkonferenzen sind der zuständigen BGST jährlich bis Ende November zu melden. Einer Veröffentlichung auf der Homepage der KV Sachsen wird zugestimmt.

--

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leiter

Stempel Leiter