

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Referat Vertragspolitik & Arzneimittel
Elsenheimerstr. 39
80687 München

oder

E-Mail: MedHygV@KVB.de

Antrag
auf Kostenerstattung für Fortbildungskosten zum Hygienebeauftragten Arzt
im Rahmen der Umsetzung der MedHygV
an Dialyseeinrichtungen in Bayern

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Titel: _____	
Name _____, Vorname _____	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
E-Mail-Adresse _____	Telefonnummer _____
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift	

Die Antragstellung erfolgt für folgende Dialyseeinrichtung	
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Name der Einrichtung	
_____ Straße, Hausnummer	
_____ PLZ, Ort	

2. Voraussetzungen

- Dialyseeinrichtung
- Nachweis / Bescheinigung über die Benennung zum Hygienebeauftragten Arzt 
- Rechnung über die Fortbildung Hygienebeauftragter Arzt (Modul I der curricularen Fortbildung nach BÄK) Kursanbieter: z.B. BLÄK, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 



Sofern Sie die entsprechende Fortbildung im Jahr 2016 nicht absolvieren konnten, fügen Sie bitte unbedingt die jeweiligen Anmeldungsnachweise aus dem Jahr 2016 Ihren Rechnungsunterlagen bei.

3. Beantragung

Beantragt wird die einmalige Kostenerstattung für folgende Ausbildungen von Hygienefachpersonal:

Hygienebeauftragter Arzt

Name, Vorname des fortgebildeten Arztes lt. beigefügter Rechnung

Ich (Antragsteller) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Merkblattes mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im anhängenden Merkblatt aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie beizulegen.

Alle Informationen zu den Forderungen der MedHygV finden Sie auf der KVB-Internetseite: www.kvb.de in der Rubrik Praxis / Qualität / Infektionen-und-Prävention / Hygiene-und-Medizinprodukte / Medizinische Hygieneverordnung

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Stempel Antragsteller

